



# Central European Journal of Gastroenterology and Hepatology

## Gasztroenterológiai & Hepatológiai Szemle

ceu-jgh.org

Volume 2, Issue 1 / March 2016

### Impressum

#### Advisory Board

Zsolt Tulassay,  
*academician, president*  
János Banai  
Örs Péter Horváth  
Ákos Pap  
István Rácz  
Zsuzsanna Schaff  
Ferenc Szalay  
Gábor Varga  
Tibor Wittmann

#### Editorial office

#### Contributing Editors

István Altorjay,  
*Editor-in-chief,*  
László Herszényi  
Béla Hunyady  
László Bene  
Tamás Molnár  
Tamás Takács

#### Editorial Board

Zoltán Csiki  
László Czakó  
Mária Figler  
Tibor Gyökeres  
Péter Hegyi  
Ferenc Izbéki  
Márk Juhász  
Ilma Korponay-Szabó  
Péter László Lakatos  
László Madácsy  
Béla Molnár  
Attila Oláh  
Károly Palatka  
Mária Papp  
András Rosztóczy  
Richárd Schwab  
Zoltán Szepes  
László Tiszlavicz  
István Tornai  
Gábor Veres

#### Section editors

János Novák  
György Székely  
Áron Vincze

#### Case report editors

Judit Bajor  
Pál Demeter  
József Hamvas  
Gábor Horváth  
Beáta Gasztonyi  
Zoltán Gurzó  
Lilla Lakner  
Péter Orosz  
Gyula Pécsi  
Attila Szepes  
Lajos Topa

#### International Advisory Board

Günther Krejs, Graz, Austria, *president*  
Monica Acalovschi, Cluj, Romania  
György Baffy, Boston, United States  
Mircea Diculescu, Bucuresti, Romania  
Francesco Di Mario, Parma, Italy  
Petr Dité, Brno, Czech Republic  
Joost Drent, Nijmegen, The Netherlands  
Dan Dumitrascu, Cluj, Romania  
Fabio Farinati, Padova, Italy  
Heinz Hammer, Graz, Austria  
Lars Lundell, Stockholm, Sweden  
Juan Ramon Malagelada, Barcelona, Spain  
Peter Malfertheiner, Magdeburg, Germany  
Tomica Milosavljevic, Belgrade, Serbia  
Colm O'Morain, Dublin, Ireland  
Piero Portincasa, Bari, Italy  
Jaroslaw Regula, Warszawa, Poland  
Ioan Sporea, Timisoara, Romania  
Davor Stimac, Rijeka, Croatia  
Gyongyi Szabó, Worcester, United States  
Jan Tack, Leuven, Belgium  
Bojan Tepes, Rogaska Slatina, Slovenia

**Publisher:** New Promenade Ltd.,  
Promenade Publishing Group,  
1125 Budapest, Tusnadi str. 19.  
**Address:** 1535 Budapest, P.O.B. 804  
**Phone number:** +(36)303274143  
**E-mail:** [recepcao@promenade.hu](mailto:recepcao@promenade.hu)  
**Publishing Director:** Pálma Veress  
**Press Manager:** Anita Zengl  
**Editorial Office Secretary:**  
Erzsébet Tétényi, +(36)704275084  
[tetenyi.erszebet@promenade.hu](mailto:tetenyi.erszebet@promenade.hu)

**E-mail address for publications:**  
[editorial.office@ceu-jgh.org](mailto:editorial.office@ceu-jgh.org)  
**Layout Editor:** Gábor Rajnai  
**Online edition:**  
[www.cue-jgh.org](http://www.cue-jgh.org)  
[www.gastronews.olo.hu](http://www.gastronews.olo.hu)  
**Published** quarterly in 1800 copies  
**Annual subscription fee:** 10700 HUF  
**Printed by** Grafit Pencil Nyomda Kft.  
**Executive Director:** Korok Péter  
**ISSN number:** HU-2415-9107

**Distribution:** Delivered by post  
for members of the supporting  
scientific society on basis of  
addresslist, and for general  
practitioners after registration free  
of charge. Editorial office assumes  
responsibility only for content of  
numbered pages.

©2016 New Promenade Ltd.  
All right reserved.

#### Distributed by Hungarian Post Pte Ltd.

Postal address: 1932 Budapest; Customer service available on Monday to Wednesday from 8 am to 4 pm, on Thursday from 8 am to 6 pm, on Friday from 8 am to 5 pm on the following toll-free number: +(36)80444444

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság hivatalos folyóirata  
Official journal of the Hungarian Society of Gastroenterology



58<sup>th</sup> Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

Program / Abstracts

Siófok, 4 – 7 June, 2016.

**CONTENTS**

Time-table .....	4
<b>PROGRAM:</b>	
Postgraduate Course I. ....	6
Meeting of the GI nurses and endoscopy associates I.....	6
Exhibitors meeting.....	7
Learning Center.....	7
Endoscopy I. (oral presentations) .....	8
Postgraduate Course II. ....	10
GILEAD symposium .....	10
Hepatology (oral presentations).....	11
Hepatology (posters).....	15
AbbVie symposium.....	15
Surgery (oral presentations).....	16
Learning Center.....	16
Meeting of the GI nurses and endoscopy associatesII.....	17
Goodwill Pharma symposium .....	18
MSD symposium .....	18
BMS symposium .....	20
Memorial lectures / Awards / General assembly .....	20
List of awarded gastroenterologists of HSG.....	21
Vitaminkosár symposium .....	24
Endocam symposium.....	24
Learning Center.....	27
Motility (oral presentations).....	27
Nutrition and dietetics (oral presentations).....	29
Ultrasound / Imaging (oral presentations).....	30
Bowel Diseases I (oral presentations).....	33
Research Forum (oral presentations).....	39
Ferring symposium.....	42
AbbVie symposium.....	42
Takeda symposium .....	45
MGT Governing Board Meeting .....	45
Kéri Pharma symposium .....	46
Emergency situations in bowel disease – viewpoints of surgeons and gastroenterologists (main topic).....	46
Lynch syndroma (state of art lecture) .....	48
Novartis symposium.....	48
Boston-Micromedical symposium .....	48
Endoscopy symposium.....	51
Capsule endoscopy / Endoscopy II. (oral presentations) .....	51
Endoscopy III. (oral presentations) .....	52
Pancreas (oral presentations) .....	54
Endoscopic ultrasound (oral presentations).....	58
Oncology (oral presentations) .....	59
Richter Gedeon symposium.....	60
KPS symposium .....	62
Recent aspects of the diagnosis and treatment in acute upper gastrointestinal bleedings (main topic).....	62
Endoscopic ultrasound (state of art lecture).....	63
Endoscopy IV. (oral presentations) .....	65
Challenges, dilemmas / clinicopathology / case reports (posters).....	66
Abstracts .....	70
Alphabetic list of authors .....	128
Exhibitors and advertisers.....	134
List of advertisers.....	135

**Issue of the  
Hungarian  
Society of  
Gastroenterology**

**Managing Editor:  
Dr. Szalay Ferenc**  
MGT Permanent Office  
executive director

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

**ISSN: 2415-9107**

**2016.**

# Magyar Gasztroenterológiai Társaság 58. Nagygyűlése

Program / Előadáskivonatok

Siófok, 2016. június 4 – 7.

**Szerkeszti a  
Magyar  
Gasztroenterológiai  
Társaság**

**Felelős szerkesztő:**

**Dr. Szalay Ferenc**  
MGT Állandó Iroda  
ügyvezető igazgató

1092 Budapest  
Kínizsi u. 22.  
Tel: 215-1224  
Fax: 476-0634  
E-mail:  
gastroent@gmail.com

ISSN: 2415-9107

**2016.**

## TARTALOM

A Nagygyűlés időrendi beosztása.....	5
<b>Program:</b>	
MGT Postgraduális Képzés I.....	6
Endoszkópos asszisztensek ülése I.....	6
Kiállítók köszöntése .....	7
Learning Center.....	7
Endoszkópia I. (előadások) .....	8
MGT Postgraduális Képzés II.....	10
GILEAD szimpózium.....	10
Hepatológia (előadások).....	11
Hepatológia (posztterek) .....	15
AbbVie szimpózium.....	15
Sebészet (előadások) .....	16
Learning Center.....	16
Endoszkópos asszisztensek ülése II.....	17
Goodwill Pharma szimpózium.....	18
MSD szimpózium.....	18
BMS szimpózium.....	20
Emlékelőadások / Díjátadások / Közgyűlés.....	20
A Magyar Gasztroenterológiai Társaság kitüntetettjei.....	21
Vitaminkosár szimpózium .....	24
Endocam szimpózium .....	24
Learning Center.....	27
Motilitás (előadások) .....	27
Táplálkozástudomány és diétetika (előadások).....	29
Ultrahang / Képkötő (előadások) .....	30
Bélbetegségek (előadások).....	33
Kutatói Fórum (előadások) .....	39
Ferring szimpózium.....	42
AbbVie szimpózium.....	42
Takeda szimpózium .....	45
MGT vezetőségi ülés.....	45
Kéri Pharma szimpózium .....	46
Sürgősségi, gasztroenterológus-sebész együttműködést igénylő állapotok bélbetegségekben (főtéma).....	46
Lynch syndroma (state of art előadás).....	48
Novartis szimpózium .....	48
Boston-Micromedical szimpózium .....	48
Endoszkópos szimpózium .....	51
Kapszula endoszkópia / Endoszkópia II. (előadások).....	51
Endoszkópia III. (előadások) .....	52
Pancreas (előadások).....	54
Endoszkópos ultrahang (előadások).....	58
Onkológia (előadások).....	59
Richter Gedeon szimpózium.....	60
KPS szimpózium .....	62
Az akut felső gasztrointesztinális vérzések diagnosztikájának és terápiájának újabb szempontjai (főtéma).....	62
Endoszkópos ultrahang (state of art előadás) .....	63
Endoszkópia IV. (előadások) .....	65
Kihívások és dilemmák/klinikopatológia/esetismertetések (posztterek).....	66
Előadás kivonatok .....	70
Szerzők névsora.....	128
Kiállítók, hirdetőik és támogatók.....	134
Hirdetések listája.....	135

# 57<sup>TH</sup> ANNUAL MEETING OF THE HUNGARIAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY

4 <sup>TH</sup> JUNE, SATURDAY	5 <sup>TH</sup> JUNE, SUNDAY	6 <sup>TH</sup> JUNE, MONDAY	7 <sup>TH</sup> JUNE, TUESDAY
8.30 – 9.00	8.30 – 9.00 BMS symposium ①	8.30 – 9.00 Kéri Pharma symposium ①	8.30 – 9.00 KPS symposium ①
10.30 – 12.00 ① Postgraduate course I.: The eosinophilia and the gastrointestinal system (K. Palatka, I. Altorjay)	9.00 – 12.00 ① “Hetényi Géza” memorial lecture (T. Molnár) „Magyar Imre” memorial lecture (B. G. Szabó) Lectures of honorary members Honours (L. Bene, G. Varga) Simor Pál Award GENERAL ASSEMBLY ELECTION OF GOVERNING BOARD	9.00 – 11.00 ① Emergency situations in bowel disease – viewpoints of surgeons and gastroenterologists (T. Molnár, Gy. Lázár)	9.00 – 11.00 ① Resent aspects of the diagnosis and treatment in acute upper gastrointestinal bleedings (I. Rácz, A. Szepes)
13.00 ① Exhibitors meeting	12.00 – 12.30 Vitaminkosár symposium ①	11.05 – 11.35 State of Art lecture ① Lynch syndrome (L. Damjanovich)	11.05 – 11.35 State of Art lecture ① Endoscopic Ultrasound (Z. Szepes)
14.00 – 16.00 Oral presentations ① Endoscopy I.	13.00 – 13.30 ⑤ Learning Center	11.40 – 12.10 NOVARTIS symposium ①	
16.00 – 17.30 ① Postgraduate course II.: Cooperation between gastroenterologist and surgeon in pancreatobiliary malignancies (L. Czákó L., Z. Szepes)	12.30 – 13.00 Endocam symposium ①	12.20 – 13.20 Boston /Micromedical symposium ①	
14.00-14.30 ② GILEAD symposium	13.00 – 13.30 Learning Center		
14.30 – 17.00 Oral presentations ② Hepatology	14.00 – 15.30 Oral presentations ① Motility	13.45 – 14.30 ① Endoscopy symposium	13.30 – 15.00 Endoscopy IV ①
16.00 – 17.30 Oral presentations ⑤ Learning Center	15.30-16.50 ① Oral presentations Nutrition sciences and dietetics	14.30 – 16.50 Oral presentations ② Pancreas	15.00 – 18.30 ① CHALLENGES, DILEMMAS, CASE DEPORTS Miscellaneous posters
17.00 – 17.30 AbbVie ②	16.50-18.00 ① Oral presentations Ultrasound Imaging	14.30 – 15.40 Oral presentations ① Capsule Endoscopy (Endoscopy II.)	16.00 – 17.50 Oral presentations ③ Oncology
17.30 – 18.30 ② Goodwill Pharma symposium	18.00 – 19.00 Ferring symposium ①	15.50 – 17.40 Oral presentations ① Endoscopy III.	18.00 – 19.00 ① Richter symposium
18.30 – 19.00 MSD symposium	19.00 – 19.30 AbbVie symposium ①		
	19.30 – 20.15 Takeda symposium ①		
	20.30 MGT Governing Board Meeting		

**Lunch: 12.00 – 14.00** ○ Numbers in circles indicate the lecture hall: ① Toscana I. hall ② Ibiza hall ③ Marbella hall ④ Panorama hall ⑤ Toscana II.

# MAGYAR GASTROENTEROLÓGIAI TÁRSASÁG 58. NAGYGYŰLÉSE 2016

Június 4., SZOMBAT	Június 5., VASÁRNAP	Június 6., HÉTFŐ	Június 7., KEDD
	<b>8.30 – 9.00</b> Posztterek elhelyezése		<b>8.00 – 8.30</b> Posztterek elhelyezése
<b>10.30 – 12.00</b> ① Postgraduális képzés I.: 1. Az eosinophilia és a gasztrointesztinális rendszer. ( <i>Palatka K., Altorjay I.</i> )	<b>9.00 – 12.00</b> ① „Hetényi Géza” emlékelőadás ( <i>Molnár T.</i> ) „Magyar Imre” emlékelőadás ( <i>Szabó B. G.</i> ) Tiszteletbeli tagok előadásai Kítüntetések ( <i>Bene L., Varga G.</i> ) Simor Pál alapítvány díj KÖZGYŰLÉS VEZETŐSÉGVÁLASZTÁS	<b>8.30 – 9.00</b> Kéri Pharma szimpózium ①  <b>9.00 – 11.00</b> ① Sürgősségi, gasztroenterológus-sebész együttműködést igénylő állapotok bélbetegségekben ( <i>Molnár Tamás, Lázár György</i> )  <b>11.05 – 11.35</b> State of Art előadás ① Lynch-szindróma ( <i>Damjanovich László</i> )	<b>8.30 – 9.00</b> KPS szimpózium ①  <b>9.00 – 11.00</b> ① Az akut felső gasztrointesztinális vérzések diagnosztikájának és terápiájának újabb szempontjai ( <i>Rácz István, Szepes Attila</i> )  <b>11.05 – 11.35</b> State of Art előadás ① Endoszkópos UH ( <i>Szepes Zoltán</i> )
<b>13.00</b> ① Kiállítók köszöntése	<b>12.00 – 12.30</b> Vitaminkosár szimpózium ①  <b>12.30 – 13.00</b> Endocam szimpózium ①  <b>13.00 – 13.30</b> Learning Center	<b>11.40 – 12.10</b> NOVARTIS szimpózium ①  <b>12.20 – 13.20</b> Boston /Micromedical szimpózium ①	
<b>14.00 – 16.00</b> ① Előadások Endoszkópia I.	<b>14.00 – 15.30</b> Előadások ① Motilitás  <b>15.30 – 16.50</b> ① Előadások Táplálkozástudomány és diétetika  <b>16.50 – 18.00</b> ① Előadások Ultrahang Képpalkotó	<b>13.45 – 14.30</b> ① Endoszkópos szimpózium  <b>14.30 – 16.50</b> Előadások ② Pancreas  <b>15.50 – 17.40</b> Előadások ① Endoszkópia III.	<b>13.30 – 15.00</b> Endoszkópia IV ①  <b>15.00 – 18.30</b> ① KIHÍVÁSOK-DILEMMÁK, ESETMEGBESZÉLÉSEK  VEGYES POSZTEREK  VIDEOKÖZVETÍTÉSES VITA
<b>16.00 – 17.30</b> ① Postgraduális képzés II.: Gasztroenterológus sebész együttműködés a pancreo-biliaris betegségekben ( <i>Czakó L., Szepes Z.</i> )	<b>14.30 – 17.00</b> Előadások ② Hepatológia  <b>17.00 – 17.30</b> AbbVie ②	<b>16.00 – 17.50</b> Előadások ③ Onkológia	
<b>17.30 – 18.30</b> ② Goodwill Pharma szimpózium  <b>18.30 – 19.00</b> MSD szimpózium	<b>14.00 – 15.30</b> Előadások ③ Kutatói fórum  <b>14.00 – 18.00</b> Előadások ② Bélbetegségek  <b>14.00 – 18.00</b> Előadások ③ Endoszkópos asszisztensek ülése II.	<b>18.00 – 19.00</b> ① Richter szimpózium  <b>19.00 – 19.30</b> AbbVie szimpózium ①  <b>19.30 – 20.15</b> Takeda szimpózium ①  <b>20.30</b> MGT Governing Board Meeting	

**Ebéd: 12.00 – 14.00**

○ A körökbe írt számok az előadótérmet jelzik: ① Toscana I. terem ② Ibiza terem ③ Marbella terem ④ Panorama terem ⑤ Toscana II.

Ebéd

2016. június 4. szombat  
4 June, Saturday  
10.30 – 12.00

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

## **MGT POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS I. / POSTGRADUAL COURSE I.**

### **AZ EOSINOPHILIA ÉS A GASZTROINTESTINÁLIS RENDSZER THE EOSINOPHILIA AND THE GASTROINTESTINAL SYSTEM**

Moderátorok:

**Altorjay István**, Debrecen

**Palatka Károly**, Debrecen

10.30 **AZ EOSINOPHILIÁRÓL**

*ABOUT THE EOSINOPHILIA*

Illés Árpád, Debrecen

11.00 **EOSINOPHILIA A FELSŐ GASZTROINTESTINÁLIS RENDSZERBEN**

*EOSINOPHILIA IN THE UPPER GASTROINTESTINAL SYSTEM*

Altorjay István, Debrecen

11.20 **EOSINOPHILIA AZ ALSÓ GASZTROINTESTINÁLIS RENDSZERBEN**

*EOSINOPHILIA IN THE LOWER GI SYSTEM*

Palatka Károly, Debrecen

11.40 **HYPEREOSINOPHIL KÓRKÉPEK GYEREKKORBAN**

*HYPEREOSINOPHILIC SYNDROMES IN CHILDHOOD*

Nemes Éva, Debrecen

---

2016. június 4. szombat  
4 June, Saturday  
10.30 – 12.30

Ibiza terem  
Ibiza Hall

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

*Üléselnökök/ Chair:*

**Dr. Pécsi Gyula**, Mosonmagyaróvár

**Molnár Tiborné**, Székesfehérvár

**Paulovicsné Kiss Melinda**, Pécs

Értékelő bizottság: **Dr. Pakodi Ferenc**, Pécs (elnök); **Kokas Mariann**, Mosonmagyaróvár;  
**Kabai Anmária**, Karcag; **Szalay Edit**, Medirex Kft.; **Simoradik Gyöngyi**, Anamed Kft.

10:30 **KÖSZÖNTŐK**

10:35 **ET TARTOZÉKOK, ÚJDONSÁGOK**

Simoradik Gyöngyi, Anamed Kft.

10:50 **OTTHONI PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁS - AVAGY ÉLET A KÓRHÁZ UTÁN**

Heimné Varga A.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gasztroenterológiai Osztály, MHEK Honvédkórház, Budapest<sup>1</sup>

- 11:00 **MIT TEHETÜNK EGY ACHALASIAS BETEGGEL, HA A MŰTÉT ÉS AZ ENDOSZKÓPOS TÁGÍTÁS IS ELLENJAVALLT?**  
Benkő É.<sup>1</sup>, Bálint L.<sup>1</sup>, Inczefi O.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, SZTE I. Belgyógyászati Klinika, Szeged.<sup>1</sup>
- 11:10 **SPECIÁLIS KIALAKÍTÁSÚ ÉS ÖNTERJEDŐ FÉMSZTENK**  
Fehér György, EndoPlus Kft.
- 11:25 **TÖBB "SAM" TÖBBET LÁT, FŐLEG ENDOSZKÓPPAL**  
Gárdonyi M.<sup>1</sup>, Kovács Z.<sup>1</sup>, Graffits É.<sup>2</sup>, Dezső E.<sup>3</sup>, Hunyady B.<sup>1</sup>, Gasztroenterológiai Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár<sup>1</sup>, Általános Belgyógyászati Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár<sup>2</sup>, Endokrin – Anyagcsere Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár<sup>3</sup>
- 11:35 **EPEÚTI INTERVENCIÓS LEHETŐSÉGEK MALIGNUS SZŰKÜLETEKBEN (MICROMEDICAL KFT.)**  
Burai Mária, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Részleg
- 11:50 **A GASZTRENTEROLOGUS ÉS A SEBÉSZ AZ ENDOSCOPOS LABORBAN ASSZISZTENSI SZEMSZÖGBŐL**  
Varga-Csuka S.<sup>1</sup>, Lukovich P.<sup>1</sup>, Endomedix Diagnosztikai Központ<sup>1</sup>
- 12:00 **ENDOLOOP HASZNÁLATA POLYPECTOMIA SORÁN**  
Seres L.<sup>1</sup>, Horvát G.<sup>2</sup>, Makai G.<sup>2</sup>, Adnan A.<sup>2</sup>, Bugát Pál Kórház- Gyöngyös<sup>1</sup>
- 12:10 **ÁPOLÓI ÉS ASSZISZTENSI FELADATOK JELENTŐSÉGE AZ ANESZTÉZIÁBAN VÉGZETT ENDOSZKÓPOS ELLÁTÁSOK SORÁN**  
Pozsgay D.<sup>1</sup>, Gulyás J.<sup>1</sup>, Kovács V.<sup>1</sup>, Regőczy H.<sup>1</sup>, Rácz I.<sup>1</sup>, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr<sup>1</sup>
- 12:20 **KIS GÖMBÖC AZ ENDOSZKÓPIÁN**  
Varga R.<sup>1</sup>, Lestár A.<sup>1</sup>, Föhrécz E.<sup>1</sup>, Budai N.<sup>1</sup>, Veress E.<sup>1</sup>, Tóth A.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Dunkel K.<sup>1</sup>, Székely A.<sup>1</sup>, Horváth L.<sup>1</sup>, Székely I.<sup>1</sup>, Fejes R.<sup>1</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház Endoszkópos Laboratórium Székesfehérvár<sup>1</sup>
- 12:30 **ZÁRSZÓ**

2016. június 4. szombat  
4 June, Saturday  
13.00

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

### KIÁLLÍTÓK KÖSZÖNTÉSE / EXHIBITORS MEETING

2016. június 4. szombat  
4 June, Saturday  
13.00 – 13.30

Toscana II. terem  
Toscana II. Hall

### LEARNING CENTER VIDEÓ VETÍTÉS A COOK TERMÉKEIRŐL- HUN-MED KFT.

### EBÉD / LUNCH

2016. június 4. szombat  
4. June, Saturday  
14.00 – 16.00

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**ENDOSZKÓPIA I. / ENDOSCOPY I.**  
**ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS**

*Üléselnökök/Chair:*

**Vincze Áron, Pécs**

**Szmola Richárd, Budapest**

- 14:00 **AZ ALSÓ ÉS FELSŐ ENDOSZKÓPIÁK INDIKÁCIÓJA, A DIAGNÓZISOK MEGOSZLÁSA ÉS A MINŐSÉGI MUTATÓK AZ SE I. SZ. BELKLINIKÁN 2010 ÉS 2011-BEN**  
Gönczi L.<sup>1</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>, Kürti Z.<sup>1</sup>, Végh Z.<sup>1</sup>, Lovász B.<sup>1</sup>, Dorkó A.<sup>1</sup>, Seres A.<sup>1</sup>, Sümegei L.<sup>1</sup>, Menyhárt O.<sup>1</sup>, Kiss L.<sup>1</sup>, Papp J.<sup>1</sup>, Gecse K.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>1</sup>
- 14:10 **ROUX-EN-Y OESOPHAGOJEJUNOSZTÓMIA KAPCSÁN KIALAKULT ANASZTOMÓZIS ELÉGTELENSÉG SIKERES KEZELÉSE SPECIÁLIS FISTULA-ZÁRÓ NYELŐCSŐ ÖNTÁGULÓ FÉMSZTENTTEL. KÉT ESET BEMUTATÁSA.**  
Tarpay Á.<sup>1</sup>, Szmola R.<sup>1</sup>, Burai M.<sup>1</sup>, Siha G.<sup>1</sup>, Horányi A.<sup>1</sup>, Pozsár J.<sup>1</sup>, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Részleg<sup>1</sup>
- 14:20 **MITTAL-CLASSIFICATION: A PROPOSED CLASSIFICATION FOR UNIFORM ENDOSCOPIC DESCRIPTION OF SURGICAL FUNDOPLICATION**  
Juhász Á.<sup>1</sup>, Mittal S.<sup>2</sup>, Dept. of General-, Vascular- and Plastic Surgery, Markusovszky University Teaching Hospital, Szombathely<sup>1</sup>, Dept. of Surgery, Creighton University Medical Center, Omaha, Nebraska, USA<sup>2</sup>
- 14:30 **THE SPATZ3 INTRAGASTRIC 1 YEAR-LONG BALLOON EFFECT ON BODY WEIGHT IN OBESE PATIENTS**  
Fuszek P.<sup>1</sup>, Tahi Á.<sup>2</sup>, Tari K.<sup>3</sup>, Filiczky I.<sup>4</sup>, Bajnok É.<sup>5</sup>, Illanitz E.<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb Járóbeteg Ellátás Gastroenterológia<sup>1</sup>, Dr. Rose Magánkórház<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem I. Sz. Sebészeti Klinika<sup>3</sup>, GyomorBallon Terápiás Ambulancia<sup>4</sup>, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ II.sz Belgyógyászati Osztály<sup>5</sup>
- 14:40 **ENDOSCOPIC AND HISTOLOGICAL FINDINGS IN MALIGNANT AND PREMALIGNANT GASTRIC LESIONS – A SIX YEAR RETROSPECTIVE EPIDEMIOLOGICAL STUDY.**  
Farkas H.<sup>1</sup>, Macarie M.<sup>1</sup>, Georgescu D.<sup>1</sup>, Ciorba I.<sup>1</sup>, Török I.<sup>1</sup>, Bataga S.<sup>1</sup>, 1st Gastroenterology Clinic, Emergency Clinical County Hospital, Marosvásárhely<sup>1</sup>
- 14:50 **OUR 1 YEAR EXPERIENCE WITH HYBRID ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION OF SUPERFICIAL LESIONS OF THE STOMACH**  
Dubravcsik Z.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Vágó T.<sup>2</sup>, Sejben I.<sup>2</sup>, Cserni G.<sup>2</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>, Szepes A.<sup>1</sup>, Department of Gastroenterology, BKM Hospital and OMCH Endoscopy Center, Kecskemét, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pathology, BKM Hospital, Kecskemét, Hungary<sup>2</sup>



*Üléselnökök/Chair:***Orosz Péter**, Miskolc**Gódi Szilárd**, Pécs**15:00 NON-VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING (NVUGB) IN ORALLY ANTICOAGULATED ELDERLY IN PÉCS (THE PÉCS TREND 2004-2014)**Lukács M.<sup>1</sup>, Dóka A.<sup>2</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>, Univ. of Pécs<sup>1</sup>, Markusovszky County Hosp. Szombathely<sup>2</sup>**15:10 CHANGES IN THE TREATMENT OF VARICEAL GASTROINTESTINAL HAEMORRHAGE IN OUR DEPARTMENT**Rácz S.<sup>1</sup>, Molnár P.<sup>1</sup>, Héra L.<sup>1</sup>, Újhelyi P.<sup>1</sup>, Páll I.<sup>1</sup>, Sebők A.<sup>1</sup>, Futó J.<sup>1</sup>, Sahin P.<sup>1</sup>, Department of Gastroenterology, Jahn Ferenc Hospital, Budapest<sup>1</sup>**15:20 URGENT ENDOSCOPIES OUTSIDE WORKING HOURS IN OUR INSTITUTE IN 2015**Virág A.<sup>1</sup>, Kanyó B.<sup>1</sup>, Csizmazia I.<sup>1</sup>, Dékány K.<sup>1</sup>, Kalász G.<sup>1</sup>, Kereékgyártó O.<sup>1</sup>, Nádas B.<sup>1</sup>, Rábai K.<sup>1</sup>, Rusznay K.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Szentkereszty B.<sup>1</sup>, Varsányi M.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Lippai G.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Gastroenterology<sup>1</sup>**15:30 FEKÉLYVÉRZÉSEK KOMBINÁLT ENDOTERÁPIÁJA**Dancs N.<sup>1</sup>, Csöndes M.<sup>1</sup>, Szabó A.<sup>1</sup>, Kárász T.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Kovács V.<sup>1</sup>, Rácz I.<sup>1</sup>, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr<sup>1</sup>**15:40 ULTIMUM REFUGIUM- HEMOSPRAYVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK AZ MH EK GASTROENTEROLÓGAI SZAKRENDELÉSÉN**Kanyó B.<sup>1</sup>, Lippai G.<sup>1</sup>, Kalász G.<sup>1</sup>, Nádas B.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>2</sup>, MH Egészségügyi Központ GE Szakrendelés<sup>1</sup>, MH Egészségügyi Központ GE Osztály<sup>2</sup>

2016. június 4. szombat  
4 June, Saturday  
16.00 – 17.30

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**MGT POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS II. / POSTGRADUAL COURSE II.**

**GASZTROENTEROLÓGUS - SEBÉSZ EGYÜTTMŰKÖDÉSE A PANCREATO-  
BILIARIS BETEGSÉGEK TERÜLETÉN  
MINDIG UGYANAZT A NYELVET BESZÉLJÜK?  
COOPERATION BETWEEN GASTROENTEROLOGIST AND SURGEON IN  
PANCREATOBILIARY MALIGNANCIES  
DO WE LOOK AT THE SAME THINGS?**

Moderátorok:

**Czakó László**, Szeged      **Szepes Zoltán**, Szeged      **Szepes Attila**, Kecskemét

- 16.00 **KRÓNIKUS PANCREATITIS ENDOSZKÓPOS VAGY SEBÉSZI KEZELÉSE**  
*ENDOSCOPIC VERSUS SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS*  
Dubravcsik Zsolt, Kecskemét – Oláh Attila, Győr
- 16.20 **PANCREATITISZES EREDETŰ FOLYADÉKGYŰLEMELKEZELÉSE: ENDOSZKÓPIA  
VS SEBÉSZET**  
*ENDOSCOPIC VERSUS SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC FLUID COLLECTIONS*  
Czakó László, Szeged – Nehéz László, Budapest
- 16.40 **PONTOS STAGING/PREOPERATÍV SZÖVETTAN SZÜKSÉGESSÉGE PANCREAS  
TUMOR GYANÚJA ESETÉN**  
*SIGNIFICANCE OF ACCURATE STAGING AND PREOPERATIVE HISTOLOGY IN THE  
MANAGEMENT OF PANCREATIC CANCER*  
Szepes Zoltán, Szeged – Kelemen Dezső, Pécs
- 17.00 **MALIGNUS EPEÚTI OBSTRUKCIÓ PALLIÁCIÓJA: ENDOSZKÓPOS, RADIOLÓGIAI  
VAGY SEBÉSZI**  
*PALLIATION OF NEOPLASTIC BILE DUCT OBSTRUCTION: ENDOSCOPIC, SURGICAL OR  
RADIOLOGIC DRAINAGE?*  
Gyökeres Tibor, Budapest – Szijártó Attila, Budapest

2016. június 4. szombat  
4 June, Saturday  
14.00 – 14.30

Ibiza terem  
Ibiza Hall

**GILEAD SZIMPÓZIUM / GILEAD SYMPOSIUM**

*Üléselnök/Chair: Tornai István, Debrecen*

**MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ ÉS HCV FERTŐZÉS – LIVER TRANSPLANTATION AND HCV  
INFECTION**

Gerlei Zsuzsanna, Budapest

**A CHB HOSSZÚ TÁVÚ KEZELÉSE – LONG TERM TREATMENT OF CHB**

Varga Márta, Békéscsaba:

2016. június 4. szombat  
4 June, Saturday  
14.30 – 17.00

Ibiza terem  
Ibiza Hall

**HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY**  
**ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS**

*Üléselnökök/Chair:*

**Pár Alajos, Pécs**

**Werling Klára, Budapest**

**14:30 TREATMENT OF HEPATITIS C (HCV) GENOTYPE 1 (GT1) INFECTED PATIENTS (PTS) WHO FAILED PREVIOUS BOCPEREVIR (BOC) OR TELAPREVIR (TEL) BASED THERAPY WITH OMBITASVIR/PARITAPREVIR/RITONAVIR + DASABUVIR (3D) + RIBAVIRIN (RBV)**

Hunyady B.<sup>1</sup>, Abonyi M.<sup>3</sup>, Gervain J.<sup>4</sup>, Horváth G.<sup>5</sup>, Jancsik V.<sup>7</sup>, Gerlei Z.<sup>8</sup>, Lengyel G.<sup>9</sup>, Makkai E.<sup>10</sup>, Pár A.<sup>2</sup>, Péter Z.<sup>9</sup>, Pusztay M.<sup>5</sup>, Ribiczey P.<sup>11</sup>, Rókus L.<sup>12</sup>, Sarrazin C.<sup>13</sup>, Schneider F.<sup>14</sup>, Schneider M.<sup>13</sup>, Szalay F.<sup>9</sup>, Tornai I.<sup>15</sup>, Tusnádi A.<sup>16</sup>, Újhelyi E.<sup>17</sup>, Werling K.<sup>9</sup>, Makara M.<sup>18</sup>, Dept Gastroenterology, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár<sup>1</sup>, First Dept. Medicine, University of Pecs, Pecs<sup>2</sup>, First Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>3</sup>, First Department of Internal Medicine and Molecular Diagnostics Laboratory, Fejér County Saint George University Teaching Hospital, Székesfehérvár<sup>4</sup>, Department of Gastroenterology, Saint John and Joint North-Buda Hospitals<sup>5</sup>, Hepatology Center of Buda<sup>6</sup>, Kenézy Gyula Hospital and Outpatient Clinic, Debrecen<sup>7</sup>, Department of Transplantation and Surgery, Faculty of Medicine<sup>8</sup>, Second Dept. Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>9</sup>, Department of Infectology, Department of Infectology, Ajka<sup>10</sup>, Department of Infectology, Zala County Hospital, Zalaegerszeg<sup>11</sup>, Medical Center, Military Hospital Hungarian Defense Forces, Budapest, Hungary<sup>12</sup>, Department of Internal Medicine 1, University Hospital Frankfurt, Frankfurt, Germany<sup>13</sup>, Department of Infectology, Markusovszky University Teaching Hospital, Szombathely<sup>14</sup>, Department of Internal Medicine, Medical Centre, University of Debrecen, Debrecen<sup>15</sup>, Jász-Nagykun-Szolnok County Hetényi Géza Hospital-Clinic, Szolnok<sup>16</sup>, Molecular Diagnostics Laboratory<sup>17</sup>, Outpatient Clinic, Joint Saint Istvan and Saint Laszlo Hospitals, Budapest, Hungary<sup>18</sup>

**14:45 AZ ELSŐ TAPASZTALATAINK A HCV POZITÍV MÁJTRANSZPLANTÁLTAK INTERFERON MENTES KEZELÉSÉVEL**

Gerlei Z.<sup>1</sup>, Varga M.<sup>1</sup>, Smudla A.<sup>1</sup>, Sárváry E.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika<sup>1</sup>

**14:55 FREQUENCY OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AND OTHER MALIGNANCIES IN CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS IN AN EAST-HUNGARIAN HOSPITAL**

Lombay B.<sup>1</sup>, Szalay F.<sup>2</sup>, Semmelweis Teaching Hospital, Department of St. Ferenc Hospital, Department of Medicine and Gastroenterology, Miskolc<sup>1</sup>, Semmelweis University, I. Clinic of Medicine, Budapest<sup>2</sup>

**15:05 FIBROSCAN CAN OVERESTIMATE LIVER FIBROSIS STAGE IN AUTOIMMUNE HEPATITIS**

Par G.<sup>1</sup>, Vincze G.<sup>1</sup>, Pajor L.<sup>2</sup>, Fincsur A.<sup>2</sup>, Vincze A.<sup>1</sup>, Par A.<sup>1</sup>, University of Pecs, First Department of Medicine<sup>1</sup>, University of Pcs, Department of Pathology<sup>2</sup>

## Üléselnökök/Chair:

Tornai István, Debrecen

Hunyady Béla, Kaposvár

- 15:15 **CHECKUP AND TREATMENT STRATEGIES OF AUTOIMMUNE LIVER DISEASES IN OUR HEPATOLOGY OUTPATIENT CLINIC**  
Csintalan Z.<sup>1</sup>, Csefkó K.<sup>1</sup>, Balla E.<sup>1</sup>, Gaál A.<sup>1</sup>, Pink T.<sup>1</sup>, Pepa K.<sup>1</sup>, Varga M.<sup>1</sup>, Gasztroenterológia, Békés Megyei Központi Kórház- Dr. Réthy Pál Tagkórház, Békéscsaba<sup>1</sup>
- 15:25 **A BÉL BARRIER ELÉGTELENSÉG BIOMARKEREI PRIMER SCLEROTIZÁLÓ CHOLANGITISBEN ÖSSZEFÜGGÉST MUTATNAK A BETEGSÉG SÚLYOSABB LEFOLYÁSÁVAL**  
Tornai T.<sup>1</sup>, Kovács G.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>1</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>, Kai F.<sup>2</sup>, Dirk R.<sup>3</sup>, Tornai D.<sup>5</sup>, Gary L. N.<sup>6</sup>, Zakera S.<sup>6</sup>, Veres G.<sup>7</sup>, Orosz P.<sup>8</sup>, Lombay ifj. B.<sup>9</sup>, Gervain J.<sup>10</sup>, Pár G.<sup>11</sup>, Pár A.<sup>11</sup>, Lakatos P.<sup>12</sup>, Szalay F.<sup>12</sup>, Antal-Szalmas P.<sup>5</sup>, Papp M.<sup>1</sup>, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Általános Orvostudományi Kar, Debreceni Egyetem<sup>1</sup>, Institute of Experimental Immunology, Euroimmun AG, Luebeck, Germany<sup>2</sup>, Institute of Natural Sciences, Brandenburg University of Technology Cottbus-Senftenberg, Senftenberg, Germany<sup>3</sup>, GA Generic Assays GmbH, Dahlewitz, Germany<sup>4</sup>, Laboratóriumi Medicina Intézet, Általános Orvostudományi Kar, Debreceni Egyetem<sup>5</sup>, Inova Diagnostics, Inc., San Diego, CA, CA 92131<sup>6</sup>, I.sz Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>7</sup>, II.sz Belgyógyászati Osztály, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc<sup>8</sup>, Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Gasztroenterológiai Rehabilitációs Osztály<sup>9</sup>, I. Belgyógyászat/Hepato-Pancreatológia Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár<sup>10</sup>, I.sz Belgyógyászati Klinika, Általános Orvostudományi Kar Pécsi Tudományegyetem<sup>11</sup>, I.sz Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>12</sup>
- 15:35 **A LEKTIN KOMPLEMENT RENDSZER MOLEKULÁINAK SZÉRUMSZINTJE DÖNTŐEN NEM BEFOLYÁSOLJA A BAKTERIÁLIS FERTŐZÉSEK KIALAKULÁSÁNAK KOCKAZATÁT MÁJCIRRHOZISOS BETEGEKBEN**  
Földi I.<sup>1</sup>, Tornai D.<sup>2</sup>, Tornai T.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>1</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>, Dinya T.<sup>3</sup>, Antal-Szalmas P.<sup>2</sup>, Papp M.<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debrecen<sup>2</sup>, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Intézet, Debrecen<sup>3</sup>
- 15:45 **A PROTONPUMPA GÁTLÓK HATÁSA A MÁJZSUGOR KLINIKAI LEFOLYÁSÁRA**  
Vitális Z.<sup>1</sup>, Tornai T.<sup>1</sup>, Tornai D.<sup>2</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>, Papp M.<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem Klinikai Központ Belgyógyászati Intézet Gasztroenterológia Tanszék<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem Laboratóriumi Medicina Intézet<sup>2</sup>
- 15:55 **ASSOCIATION OF HEPATIC STEATOSIS INDEX AND NAFLD FIBROSIS SCORE WITH ROUTINE CLINICAL BIOMARKERS IN TYPE-2 DIABETES MELLITUS**  
Mohás M.<sup>1</sup>, Cseh J.<sup>1</sup>, Molnár G.<sup>1</sup>, Kun S.<sup>1</sup>, Wittmann I.<sup>1</sup>, 2nd Department of Internal Medicine and Nephrology Centre, University of Pécs, Faculty of Medicine<sup>1</sup>
- 16:05 **TUMOR-STROMA INTERACTION OF HEPATOMAS WITH SLOW OR FAST PROLIFERATION RATE**  
Rada K.<sup>1</sup>, Fullar A.<sup>1</sup>, Kiss K.<sup>1</sup>, Baghy K.<sup>1</sup>, Regős E.<sup>1</sup>, Kovalszky I.<sup>1</sup>, Semmelweis University 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research<sup>1</sup>
- 16:15 **CINK KEZELÉS WILSON KÓRBAN. A GYÓGYSZERFORMULÁLÁS SZEREPE**  
Birinyi P.<sup>1</sup>, Németh D.<sup>2</sup>, Szalay F.<sup>2</sup>, Mikszáth Gyógyszertár 1088 Budapest Mikszáth Kálmán tér 4.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem I.sz. Belgyógyászati Klinika<sup>2</sup>

Nagy dózisú silymarin:

# Hegrimarin®

kapszula

- védi a májat a toxikus károsodástól
- támogatja a májfunkciót
- segíti a túlterhelt májsejtek regenerációját



Máriatövis  
(Silybum  
marianum L.)

Vény nélkül kapható gyógyszer, keresse a patikákban! **Hatóanyag:** a máriatövis szárak kivonata. Szokásos adagja: napi 2x1 kapszula. **Ellenjavallat:** túlérzékenység a máriatövis kivonatra vagy a Hegrimarin kapszula egyéb összetevőjére. **További információért** kérjük, olvassa el az alkalmazási előíratot, vagy keresse képviselőnket. Strathmann KG Képviselete, email: [info@strathmann.hu](mailto:info@strathmann.hu), telefon: 06/1 320 2865, [www.strathmann.hu](http://www.strathmann.hu)

## B E M U T A T J U K :

### ▼ **Viekirax + Exviera:**

szájon át szedhető,  
IFN-mentes kombináció ± ribavirin  
krónikus GT1 és GT4  
HCV fertőzés kezelésére

# A tudománytól a gyógyulás mosolyáig

A Viekirax és az Exviera  
más gyógyszerekkel kombinációban  
a krónikus hepatitis C (CHC)  
kezelésére javallott felnőtteknél.

- **97%** SVR12 válaszarány az ajánlott séma szerint kezelt, GT1 HCV fertőzött betegpopulációban (n=1045/1075)<sup>1</sup>
- **12 hetes** kezelési séma 1B genotípusú HCV fertőzés májcirrózis nélkül és kompenzált cirrózissal, valamint 1A genotípusú HCV fertőzés, cirrózis nélküli betegek esetében<sup>1</sup>
- Következésképpen magas gyógyulási arány többféle, az ajánlott séma szerint kezelt betegtípusban – akár a legnehezebben kezelhetőknél is<sup>1</sup>

abbvie

AbbVie Kft.  
1095 Budapest  
Lechner Ödön fasor 7.  
Tel: +36 (1) 455-8600  
Fax: +36 (1) 455-8699



**viekirax**<sup>®</sup>  
ombitasvir/paritaprevir/  
ritonavir filmtabletta



**exviera**<sup>®</sup>  
dasabuvir  
filmtabletta

▼ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jelentsenek bármilyen feltételezett mellékhatást.

#### RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS

**Viekirax 12,5 mg/75 mg/50 mg filmtabletta (EU/1/14/982/001) és Exviera 250 mg filmtabletta (EU/1/14/983/001)**

**ATC-kód:** J05AX16 **Minőségi és mennyiségi összetétel:** **Viekirax:** 12,5 mg ombitasvir, 75 mg paritaprevir és 50 mg ritonavir, **Exviera:** 250 mg dasabuvir. **Terápiás javallatok:** A Viekirax és az Exviera más gyógyszerekkel kombinációban krónikus hepatitis C (CHC) kezelésére javallott felnőtteknél. **Adagolás és alkalmazás:** Viekirax: két 12,5 mg/75 mg/50 mg-os tablettát naponta egyszer, étkezés közben, Exviera: egy tablettát naponta kétszer (reggel és este). A kezelés időtartama: GT1b cirrózis nélkül vagy kompenzált cirrózissal: Exviera+Viekirax 12 hétig, GT1a cirrózis nélküli: Exviera+Viekirax+ribavirin 12 hétig, GT1a kompenzált cirrózissal, valamint májtranszplantáltak: Exviera+Viekirax+ribavirin 24 hétig, GT4 cirrózis nélküli: Viekirax+ribavirin 12 hétig, GT4 kompenzált cirrózissal: Viekirax+ribavirin 24 hétig. Sem az Exviera, sem a Viekirax nem ajánlott közepesen súlyos májkárosodásban (Child-Pugh B). **Ellenjavallatok:** túlérzékenység, súlyos májkárosodás (Child-Pugh C), együttadás a következő gyógyszerekkel: etinilösztadiol-tartalmú gyógyszerek, erős vagy közepesen erős enziminduktorok és inhibitorok, beleértve az erős CYP2C8 inhibitorokat és azokat a szubsztátokat, amelyeknek clearance-e nagymértékben függ a CYP3A enzimektől. Példák az enzimszubsztátokra az SmPC-kben kerülnek bemutatásra. **Mellékhatások:** Viekirax+Exviera+ribavirin alkalmazása mellett a leggyakrabban jelentett mellékhatások a fáradtság és az émelygés voltak. **Nagyon gyakori mellékhatások:** álmatlanság, émelygés, viszketés, asthenia, fáradtság. **Gyakori mellékhatások:** anémia. Viekirax+Exviera alkalmazása mellett gyakori mellékhatás volt a viszketés. A Viekirax+Exviera biztonságosságát nem igazolták gyermekek és <18 éves serdülők esetén. A forgalomba hozatalt követően megfigyelték dekompenzált májműködést és májelégtelenséget. Ezeknek az eseményeknek az előfordulási gyakorisága nem ismert. **Termékenység, terhesség és szoptatás:** A ribavirin ellenjavallt terhességben és a terhes nők férfi partnereinél. Fogamzóképes nőknek hatáson fogamzásgátlást kell alkalmazniuk a kezelés alatt és utána 4 hónapig, férfi betegeknek vagy fogamzóképes női partnereiknek a kezelés alatt és utána 7 hónapig. A Viekirax+Exviera nem alkalmazható terhes anyáknál vagy olyan fogamzóképes nőknél, akik nem alkalmaznak hatékony fogamzásgátlást. Mivel a szoptatott csecsemőknél kialakulhatnak a gyógyszer mellékhatásai, nem szabad egyszerre szoptatni és a Viekirax+Exviera terápiát alkalmazni sem ribavirinnel, sem anélkül. **BŐVEBB INFORMÁCIÓÉRT OLVASSA EL A GYÓGYSZER ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁSÁT! Amennyiben ribavirint is alkalmaz, feltétlenül olvassa el a ribavirin alkalmazási előírását is! Alkalmazási előírás dátuma:** 2016.02.25. **Forgalomba hozatali engedély jogosultja:** Abbvie Ltd. **Forgalomba hozatali engedély jogosultjának helyi képviselője:** Abbvie Kft. 1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 7. **Kiadhatóság:** szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett adható gyógyszerkészítmények (Sz). **Exviera:** A közfinanszírozás alapjára elfogadott ár: 402 131,- Ft. Térítési díj: 402 131,- Ft. Forrás: [www.oep.hu](http://www.oep.hu). Letöltés: 2016.01.08. Az aktuális árak megtalálhatók a oldalon. Az Exviera 2015. december 22-től különkeretes finanszírozás keretében érhető el. **Viekirax:** A közfinanszírozás alapjára elfogadott ár: 4 613 616 Ft. Térítési díj: 4 613 616 Ft. Forrás: [www.oep.hu](http://www.oep.hu). Letöltés: 2016.01.08. Az aktuális árak megtalálhatók a [www.oep.hu](http://www.oep.hu) oldalon. A Viekirax 2015. december 22-től különkeretes finanszírozás keretében érhető el.

**Irodalom:** 1. Viekirax és Exviera Alkalmazási előírás, 2016.02.25.

HUHCV160031(1) - Lezárás dátuma: 2016.04.25.

2016. június 4. szombat  
4 June, Saturday  
14.30 – 17.00

Ibiza terem  
Ibiza Hall

**HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY**  
**POSZTEREK / POSTERS**

*Üléselnökök/Chair:*

**Pár Gabriella**, Pécs      **Horváth Gábor**, Budapest

**16:25 A SZÉRUM FERRITIN SZINT ÖSSZEFÜGGÉSE A MÁJCIRRHOSIS SÚLYOSSÁGÁVAL, A BAKTERIÁLIS TRANSZLOKÁCIÓ MARKEREINEK JELENLÉTÉVEL ÉS A BETEGSÉG HOSSZÚTÁVÚ KIMENETELÉVEL**

Tornai D.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>2</sup>, Tornai T.<sup>2</sup>, Tornai I.<sup>2</sup>, Norman G.<sup>3</sup>, Shums Z.<sup>3</sup>, Antal-Szalmás P.<sup>1</sup>, Tordai A.<sup>4</sup>, Papp M.<sup>2</sup>, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Debrecen<sup>1</sup>, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Debrecen<sup>2</sup>, Inova Diagnostics, Inc., San Diego, CA<sup>3</sup>, Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium, Országos Vérellátó Szolgálat, Budapest<sup>4</sup>

**16:30 OBESITY AND CANCER RISK**

Gaál A.<sup>1</sup>, Balla E.<sup>2</sup>, Pink T.<sup>2</sup>, Csintalan Z.<sup>2</sup>, Pepa K.<sup>2</sup>, Csefkó K.<sup>2</sup>, Varga M.<sup>1</sup>, Bekes Country Central Hospital- Dr. Réthy- Department of internal medicine 3rd, Gastroenterology, Békéscsaba<sup>1</sup>

**16:35 TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS C IN A PATIENT WITH GENETICALLY PROVEN ACUTE INTERMITTENT PORPHYRIA**

Folhoffer A.<sup>1</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Krolopp A.<sup>1</sup>, Pusztai Á.<sup>2</sup>, Szalay F.<sup>1</sup>, 1st Dept of Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Medical Centre, Hungarian Defence Forces<sup>2</sup>

**16:40 BASELINE CHARACTERISTICS AND THE IMPACT OF IFN-CONTAINING TREATMENT ON HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE, WORK RELATED PRODUCTIVITY AND ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND HEALTH CARE UTILIZATION OF PATIENTS WITH CHRONIC HCV INFECTION-HUNGARIAN COUNTRY-SPECIFIC INTERIM ANALYSIS**

Hunyady B.<sup>1</sup>, Bányai T.<sup>2</sup>, Lengyel G.<sup>3</sup>, Makara M.<sup>4</sup>, Pusztay M.<sup>5</sup>, Werling K.<sup>3</sup>, Szabó Z.<sup>6</sup>, Pataki M.<sup>6</sup>, Kaposi Mór Educational Hospital, Kaposvár, Department of Internal Medicine of University, Pécs, Hungary<sup>1</sup>, Pándy Kálmán Hospital, Gyula, Hungary<sup>2</sup>, 2nd Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>3</sup>, Szent István and Szent László Hospital, Budapest, Hungary<sup>4</sup>, Szent János Hospital, Budapest, Hungary<sup>5</sup>, Abbvie Kft, Budapest, Hungary<sup>6</sup>

2016. június 4. szombat  
4 June, Saturday  
17.00 – 17.30

Ibiza terem  
Ibiza Hall

**MINDEN EGYES BETEG SZÁMÍT!**  
**BECAUSE EVERY PATIENT MATTERS**  
**ABBVIE SZIMPÓZIUM / ABBVIE SYMPOSIUM**

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

*Előadók:*

**Makara Mihály**, Budapest    **Tornai István**, Debrecen

2016. június 4. szombat  
4 June, Saturday  
16.40 – 17.30

Marbella terem  
Marbella Hall

**SEBÉSZET / SURGERY**  
**ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS**

*Üléselnökök/Chair:*

**Kovács József, Budapest**

**Mersich Tamás, Budapest**

**Bálint András, Budapest**

**16:40 COMPARISON OF LAPAROSCOPIC AND OPEN SURGERY'S RESULTS IN PATIENTS WITH RECTAL CANCER**

Rakonczai A.<sup>1</sup>, Mersich T.<sup>2</sup>, Mészáros P.<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem ÁOK, Budapest<sup>1</sup>, Daganatsebészeti Centrum, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>2</sup>

**16:50 ANALYSIS OF OPERATED CASES IN RESPECT OF PARTIAL AND COMPLETE RESPONSE TO NEOADJUVANT RADIO-CHEMOTHERAPY FOR RECTAL CANCER**

Lukász P.<sup>1</sup>, Kári D.<sup>1</sup>, Csikány N.<sup>1</sup>, Kiss T.<sup>1</sup>, Lovay Z.<sup>1</sup>, Ecsedy G.<sup>1</sup>, Diczházi C.<sup>2</sup>, Schönléber J.<sup>2</sup>, Kovács J.<sup>1</sup>, Surgery Department, Jahn Ferenc Hospital, Budapest<sup>1</sup>, Pathology Department, Jahn Ferenc Hospital, Budapest<sup>2</sup>

**17:00 COLORECTALIS TUMOROK SEBÉSZETE KÓRHÁZUNKBAN – AZ 1980-AS ÉS A 2010-ES ÉVEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA**

Herczeg G.<sup>1</sup>, Merkel K.<sup>1</sup>, Ágh P.<sup>1</sup>, Vitályos T.<sup>1</sup>, Máté M.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Általános Sebészeti Profil, Budapest<sup>1</sup>

**17:10 HOGYAN BEFOLYÁSOLJA A CHOLEDOCHOLITHIASIS MIATT VÉGZETT ERCP/EST IDŐPONTJA A CHOLECYSTECTOMIA SZÖVŐDMÉNYEIT?**

Lázár B.<sup>1</sup>, Pósfai G.<sup>2</sup>, Dabi Á.<sup>1</sup>, Lehoczki C.<sup>2</sup>, Balla I.<sup>2</sup>, Bányász Z.<sup>2</sup>, Hamvas J.<sup>1</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet I. Belgyógyászat<sup>1</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet Sebészeti, Mellakssebészeti és Érsebészeti Osztály<sup>2</sup>

**17:20 PANCREAS PSEUDOCYSTA - DEFINITÍV MEGOLDÁS LAPAROSZKÓPPAL**

Dede K.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>2</sup>, Szepes A.<sup>2</sup>, Bursics A.<sup>1</sup>, Uzsoki utcai Kórház, Sebészeti-Onkosebészeti Osztály<sup>1</sup>, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Gasztroenterológiai Osztály<sup>2</sup>

2016. június 4. szombat  
4 June, Saturday  
16.40 – 17.20

Toscana II. terem  
Toscana II. Hall

**LEARNING CENTER**



2016. június 4. szombat  
4 June, Saturday  
15.00 – 17.00

Panorama terem  
Panorama Hall

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

*Üléselnökök/ Chair:*

**Szepes Attila**, Kecskemét

**Budai Judit**, Gyula

**Bacskainé Beluzsár Adrienn**, Miskolc

15:00 **TÁJÉKOZTATÁS**

15:10 **AZ IBD-S BETEGEK ENDOSZKÓPOS GONDOZÁSA**

Szónyi Mihály, Budapest

15:25 **SZAKASSZISZTENSI FELADATOK A SÜRGŐSSÉGI ENDOSZKÓPIA SORÁN**

Micskó É.<sup>1</sup>, Lippai G.<sup>1</sup>, Dékány K.<sup>1</sup>, Kanyó B.<sup>1</sup>, Nádas B.<sup>1</sup>, Kalász G.<sup>1</sup>, Kerégyártó O.<sup>1</sup>, Bördös A.<sup>1</sup>, Szentkereszty B.<sup>1</sup>, Csorba Z.<sup>1</sup>, Lukácsné Bezsényi A.<sup>1</sup>, Pethe I.<sup>1</sup>, Heindlné Tóth A.<sup>1</sup>, Schillerné Toldi M.<sup>1</sup>, Vági M.<sup>1</sup>, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Járóbeteg Szakrendelő Intézet Gasztroendoszkópia Szakrendelés<sup>1</sup>

15:35 **MÁJBETEGSÉGEK SZÖVŐDMÉNYEINEK ENDOSZKÓPOS DIAGNOSZTIKÁJA ÉS TERÁPIÁJA INTÉZETÜNKBEN**

Molnár T.<sup>1</sup>, Lestár A.<sup>1</sup>, Budai N.<sup>1</sup>, Förhécz E.<sup>1</sup>, Fodor A.<sup>1</sup>, Veress E.<sup>1</sup>, Tóth A.<sup>1</sup>, Varga R.<sup>1</sup>, Dunkel K.<sup>1</sup>, Székely A.<sup>1</sup>, Horváth L.<sup>1</sup>, Székely I.<sup>1</sup>, Fejes R.<sup>1</sup>, Nyikos O.<sup>2</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház Endoszkópos Laboratórium Székesfehérvár<sup>1</sup>, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház I. Belgyógyászat Hepato-Pancreatológia Székesfehérvár<sup>2</sup>

15:45 **SÜRGŐSSÉGGEL VÉGZETT KOLONOSZKÓPOS VIZSGÁLATAINK TANULSÁGAI**

Paulovicsné Kiss M.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>, Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék<sup>1</sup>

15:55 **KÖZGYŰLÉS, EREDMÉNYHIRDETÉS, VEZETŐSÉGI VÁLASZTÁS**

2016. június 4. szombat  
4 June, Saturday  
17.30 – 18.30

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**GOODWILL PHARMA SZIMPÓZIUM**  
**GOODWILL PHARMA SYMPOSIUM**

*Üléselnökök/Chair:*

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

**BUDESONID ALKALMAZÁSA CROHN BETEGSÉGBEN**

*TREATMENT OF BUDESONIDE IN CROHN'S DISEASE*

Miheller Pál, Budapest

**MERRE TOVÁBB? ISMERT ÉS LEHETSÉGES ÚJ TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK A NORMIX ÉLETÉBEN**

*HOW TO GO ON? KNOWN AND POSSIBLE NEW THERAPEUTIC OPPORTUNITIES IN CONNECTION WITH NORMIX*

Herszényi László, Budapest

**VASTAGBÉL DIVERTICULOSIS: A COLON ACHILLES SARKA**

*COLON DIVERTICULOSIS-ACHILLES HEEL OF THE LARGE BOWEL*

Molnár Tamás, Szeged

**HEPATICUS ENCEPHALOPATHIA 2016**

*HEPATIC ENCEPHALOPATHY 2016*

Szalay Ferenc, Budapest

---

2016. június 4. szombat  
4 June, Saturday  
18.30 – 19.00

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**NO ONE LEFT BEHIND!**  
**MSD SZIMPÓZIUM / MSD SYMPOSIUM**

*Üléselnök/Chair:*

**Szalay Ferenc**, Budapest

**GYÓGYSZERINTERAKCIÓK TEGNAP ÉS MA**

*DRUG-DRUG INTERACTIONS YESTERDAY AND TODAY*

Horváth Gábor, Budapest

**GYÓGYSZERINTERAKCIÓK AZ ESETISMERTETÉSEK TÜKRÉBEN**

*DRUG INTERACTIONS IN THE LIGHT OF CASE REPORTS*

Tornai István, Debrecen

---



## EGYENES ÚT A BÉLRENDSZER GYÓGYULÁSÁHOZ



**Normix 200 mg filmtabletta 12x ATC: A07AA11; OGYI-T-6639/01 Hatóanyag:** 200 mg Rifaximin filmtablettánként. **Terápiás javallatok és adagolás:** Manifeszt encephalopathia hepatica: 2 tablettá (400 mg) 8 óránként, a kezelés ideje nem haladhatja meg a 7–15 napot, időtartamát a klinikai válasz alapján kell meghatározni. Preoperatív profilaxisban: 2 tablettá (400 mg) 12 óránként, az időtartama 3–5 nap a műtét előtt. Diverticulitis nem komplikált esetekben, ha a kezelőorvos az antibiotikus kezelést indokoltnak tartja: 2x400 mg/nap, 5–7 napig. Clostridium difficile okozta kórképek közül „egyszerű colitis”: 2x400 mg/nap, 10 napig. Kontaminált vékonybél szindrómában: 2x400 mg/nap, általában 5–7 napig. Akut fertőzőes gastroenteritis nem gyulladáso formában: 2x400 mg/nap, 3 napig. A rifaximin biztonságosságát és hatásosságát 12 évesnél fiatalabb gyermekekénél nem igazolták. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával, rifamicin-származékokkal vagy bármely segédanyagával szembeni ismert túlérzékenység. Bélelzáródás, súlyos fekélyes léziók a bélrendszerben. Lázzal, véres széklettel járó bélfertőzés. **Mellékhatás,** gyakori ( $\geq 1/100$ – $< 1/10$ ): Szédülés, Fejfájás, Hasi fájdalom, Székrekedés, Fokozott székelési inger, Hasmenés, Flatulencia, Fokozott bélgázképződés és hasfeszülés, Hányinger, Hányás, Végbélfal feszülése, Láz. **A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** Alfa Wassermann S.p.A. Via Enrico Fermi 1,65020 Alanno Scalo (Pescara), Olaszország. **Árak:** bruttó fogy. ár: 1.968 Ft., 25%-os norm, támogatás összege: 492 Ft., **tértítési díj: 1.476 Ft.** Közgyógyellátottaknak térítésmentesen rendelhető! (forrás: [www.oep.hu/pupha](http://www.oep.hu/pupha)) **Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V).** A gyógyszer felírása előtt kérjük, olvassa el a teljes alkalmazási előírást, különös tekintettel az alkalmazásra (4.2.), a figyelmeztetésekre (4.4.) és a mellékhatásokra (4.8.). A rövidített alkalmazási előírás az OGYI/28721/2014. sz. alk. előírás alapján készült. A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2014. október 9. **Kommunikációs partner:** Goodwill Pharma Kft. 6724 Szeged, Cserzy M. u. 32. Tel./fax: +36 62 443 571. Amennyiben termékünk alkalmazása során „Nemkívánatos eseményt” észlel, kérjük, 24 órán belül jelentse a [pharmacovigilance@goodwillpharma.com](mailto:pharmacovigilance@goodwillpharma.com) e-mail címen vagy a +36 20 555 1160 telefonszámon. A dokumentum lezárásának időpontja: 2016.01.04. NRX/UH/16/01/04 GW00437\_1

2016. június 5. vasárnap  
5 June, Sunday  
8.30 – 9.00

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**BMS SZIMPÓZIUM / BMS SYMPOSIUM**

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

HBV UPDATE 2016.-INFEKCIÓ ÉS REAKTIVÁCIÓ  
**HBV UPDATE 2016. INFECTION AND REACTIVATION**  
**Varga Márta, Békéscsaba**

2016. június 5. vasárnap  
5 June, Sunday  
9.00 – 12.00

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**HETÉNYI GÉZA EMLÉKELŐADÁS**  
MEMORIAL LECTURE "GÉZA HETÉNYI"  
**Gyulladásos bélbetegségek: múlt, jelen, jövő**  
*Inflammatory bowel disease: past, present, future*  
**Molnár Tamás, Szeged**

**MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS**  
MEMORIAL LECTURE "IMRE MAGYAR"  
**A tigecyclin szerepe és hatékonysága a súlyos Clostridium difficile okozta hasmenések  
kezelésében: retrospektív párosított eset-kontroll vizsgálat**  
*Use of intravenous tigecycline in patients with severe Clostridium difficile infection: a  
retrospective case-control study*  
**Szabó Bálint Gergely, Budapest**

**GREETING OF THE NEW HONORARY MEMBER**  
**STATE OF ART LECTURE**

**PAST – PRESENT - FUTURE - GI ENDOSCOPY**  
**Dr. D. Nageshwar Reddy, India**

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

**A SIMOR PÁL ALAPÍTVÁNY DÍJAINAK ÁTADÁSA**  
**GEORG WEBER ALAPÍTVÁNY DÍJ ÁTADÁSA**

\* \* \*

**KÖZGYŰLÉS**  
**GENERAL ASSEMBLY**

I. Elnöki megnyitó  
II. Főtitkári beszámoló  
III. Pénztárosi beszámoló  
IV. Ellenőri jelentés

V. Vita az elhangzott beszámolók felett  
VI. Magyar Gasztroenterológiai Alapítvány  
VII. Vezetőségválasztás  
VIII. Zárzó

## A TÁRSASÁG A "HETÉNYI GÉZA EMLÉKÉREMBEN" A KÖVETKEZŐ

## TISZTELETBELI TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

## HONORARY MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"

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

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

*MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"*

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

**MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS KITÜNTETÉS**

*IMRE MAGYAR MEMORIAL LECTURE AWARD*

1990.	Dr. LENGYEL GABRIELLA	2004.	Dr. JUHÁSZ MÁRK
1991.	Dr. KEMPLER PÉTER	2005.	Dr. MIHELLER PÁL
1992.	Dr. KORPONAY-SZABÓ ILMA	2006.	Dr. SCHWAB RICHÁRD
1993.	Dr. IZBÉKI FERENC	2007.	Dr. RAKONCZAY ZOLTÁN
1994.	Dr. HORVÁTH GÁBOR	2008.	Dr. PAPP MÁRIA
1995.	Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ	2008.	Dr. PÁR GABRIELLA
1996.	Dr. HEGYI PÉTER	2009.	Dr. VENGLOVECZ VIKTÓRIA
1997.	Dr. OSZTROGONÁCZ HENRIK	2010.	Dr. HRITZ ISTVÁN
1998.	Dr. CSEPREGI ANTAL	2011.	Dr. SIPOS FERENC
1999.	Dr. MOLNÁR BÉLA	2012.	Dr. MALÉTH JÓZSEF
2000.	Dr. NEMECZ ANDREA	2013.	Dr. SZMOLA RICHÁRD
2001.	Dr. CZAKÓ LÁSZLÓ	2014.	Dr. FARKAS KLAUDIA
2002.	Dr. GASZTONYI BEÁTA	2015.	Dr. GECSE KRISZTINA
2003.	Dr. LAKATOS PÉTER LÁSZLÓ	<b>2016.</b>	<b>Dr. SZABÓ BÁLINT GERGELY</b>

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

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

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

A TÁRSASÁG **"PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA"**  
EMLÉKÉRMÉVEL KITÜNTETETT KÜLFÖLDI GASZTROENTEROLÓGUSOK

FOREIGN GASTROENTEROLOGISTS AWARDED WITH

**"PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA"** MEDALLION

Dr. LUDWIG DEMLING	(D)	1986	Dr. GABRIELE S. NAGY	(AUS)	1988
Dr. DAVID A. DREILING	(USA)	1988	Dr. SÁFÁR ISTVÁN	(SK)	2001
Dr. HENRY T. HOWAT	(UK)	1988	Dr. GEORGE WEBER	(USA)	2001
Dr. RUDOLF AMMAN	(CH)	1988	Dr. HERBERT FALK	(D)	2001
Dr. HENRY SARLES	(F)	1988	Dr. LÁSZLÓ SÁFRÁNY	(D)	2008
Dr. MANFRED V. SINGER	(D)	1988	Dr. J.F. RIEMANN	(D)	2008

2016. június 5. vasárnap  
5 June, Sunday  
12.00 – 12.30

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

## VITAMINKOSÁR SZIMPÓZIUM / VITAMINKOSÁR SYMPOSIUM

*Üléselnökök/Chair:*  
**Székely György, Budapest**

**LÁTHATATLAN BARÁTOK (LCR35) A TESTI ÉS A MENTÁLIS KÖZÉRZET JAVÍTÁSÁÉRT IBS-BEN**  
***INVISIBLE FRIENDS (LCR35) IN THE BETTER PHYSICAL AND MENTAL WELL-BEING OF IBS***  
**Wacha Judit, Budapest**

Az irritábilis bélszindróma egy napjainkban sem kellően tisztázott etiológiájú, többszörös komorbid állapottal kísért kórkép. Kezelése nehézkes, a tünetek mérséklésére hagyatkozik. Felmerül az IBS-es tünetek közös infektológiai háttere és a szervezetünkkel szimbiózisban élő jótékony mikroflóra helyreállításával történő kezelésének lehetősége, mely adott esetben nemcsak a béltünetek, hanem az extraintesztinális tünetek javítását is eredményezheti

2016. június 5. vasárnap  
5 June, Sunday  
12.30 – 13.00

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

## ENDOCAM SZIMPÓZIUM / ENDOCAM SYMPOSIUM

*Üléselnökök/Chair:*  
**Gyökeres Tibor, Budapest**      **Szepes Attila, Szeged**

**3D ULTRAHANG VIZSGÁLATOK ALKALMAZÁSA A GASZTROENTEROLÓGIAI GYAKORLATBAN**

*APPLICATION OF 3D ULTRASOUND IN GASTROENTEROLOGY PRACTICE*

Madácsy László, Székesfehérvár

**VIRTUALIS CHROMOENDOSZKÓPIA ALKALMAZÁSÁNAK ELŐNYEI AZ ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK SORÁN**

*BENEFITS OF VIRTUAL CHROMOENDOSCOPY IN THE ENDOSCOPIC DIAGNOSIS*

Szalai Milán, Győr

**ENDOSCOPOS SUBMUCOSALIS DISSECTIO GYAKORLATI KIVITELEZÉSE ÚJ TÍPUSÚ ENDOSZKÓPOS MICROSEBÉSZETI TARTOZÉKOKKAL**

*ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION IN THE CLINICAL PRACTICE WITH NEW TYPE OF MICROSURGICAL ENDOSCOPIC ACCESSORIES*

Szepes Zoltán, Szeged





## Orvosi műszerek

Kapszula endoszkópos rendszerek

Videó endoszkópos rendszerek

Ultrahangos készülékek

Öntáguló fémsztentek

Endoszkópos tartozékok

Orvosi képrögzítő és archiváló rendszerek

Dexcom vércukormonitor

All Medicus vércukormérő



### Endocam Kereskedelmi Kft.

8000 Székesfehérvár, Budai út. 316.

Iroda: +36 22 788 365

Fax: +36 22 788 367

info@endocam.hu

[www.endocam.eu](http://www.endocam.eu)

# Egy szép napot is beárnyékolhatnak a sürgető gondok és a hasi panaszok!

Speciális – gyógyászati  
célra szánt – tápszerrel,

a **Protexin<sup>®</sup> IBS<sup>30x</sup>**  
Florea

készítménnyel szolgálhatunk!

A **Protexin<sup>®</sup> IBS Florea** egy speciális – gyógyászati célra szánt –  
tápszer funkcionális bélbetegségek, mint irritábilis bél szindróma  
(IBS) és ismeretlen eredetű, visszatérő hasi fájdalom esetére.

Különleges táplálkozási igényre kidolgozott  
termék olyanok számára, akiknél orvosilag  
meghatározott tápanyagszükséglet áll fenn.  
*Lactobacillus rhamnosus* LCR 35<sup>®</sup> törzset  
tartalmaz.

Superbrands<sup>2x</sup>  
14'15



Ajánljuk Önnek az IBS Kisokos  
oldalt, ha többet akar tudni az  
Irritábilis Bél Szindrómáról:

[www.ibs-kisokos.hu](http://www.ibs-kisokos.hu)



#### Adagolás:

első két héten naponta  
2x 1 kapszula, majd a napi  
egy kapszula javasolt a  
reggeli / vagy esti étkezés  
után kúraszerűen összesen  
4 hétig vagy a kezelőorvos  
egyedi utasítása szerint akár  
hosszabb ideig.  
A készítmény csak orvosi  
ellenőrzés mellett alkalmaz-  
ható! A készítmény egyedüli  
tápanyagforrásként nem  
alkalmazható!

Forgalmazza:  **VitaminKosár** Kft.

1117 Budapest, Nádorliget utca 7/c Telefon: +36 (1) 209-1084 Fax: +36 (1) 209-5772

2016. június 5. vasárnap  
5 June, Sunday  
13.00 – 13.30

Toscana II. terem  
Toscana II. Hall

**LEARNING CENTER / ROCHE MAGYARORSZÁG KFT.**  
**ÚJ MEGKÖZELÍTÉS A KLINIKAI VIZSGÁLATOK BETEGTOBORZÁSÁBAN**  
*INNOVATIVE APPROACH FOR PATIENT RECRUITMENT IN CLINICAL STUDIES*

**EBÉD / LUNCH**

2016. június 5. Vasárnap  
5 June, Sunday  
14.00 – 15.30

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**MOTILITÁS / MOTILITY**  
ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS

*Üléselnökök/Chair:*

**Czimmer József, Pécs**

**Rosztóczy András, Szeged**

**14:00 SOUTH-EAST HUNGARIAN SUBJECTS REPORT LESS GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX (GER) RELATED SYMPTOMS THAN CITIZENS OF THE WESTERN COUNTRIES**

Bálint L.<sup>1</sup>, Laczkó D.<sup>1</sup>, Gyetzvai Á.<sup>1</sup>, Helle K.<sup>1</sup>, Vadászi K.<sup>1</sup>, Inczefi O.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Szekeres V.<sup>2</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Hungarian National Blood Transfusion Service, Szeged, Hungary<sup>2</sup>

**14:10 A REFLUX TÜNETEI COPD-S BETEGEKBEN**

Hidvégi E.<sup>1</sup>, Nagy M.<sup>1</sup>, Balogh Z.<sup>1</sup>, Kerti M.<sup>1</sup>, Varga J.<sup>1</sup>, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest<sup>1</sup>

**14:20 THE PREVALENCE OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME (IBS) RELATED SYMPTOMS IN SOUTH-EAST HUNGARIAN SUBJECTS, AN EPIDEMIOLOGIC STUDY**

Helle K.<sup>1</sup>, Bálint L.<sup>1</sup>, Inczefi O.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Vadászi K.<sup>1</sup>, Szekeres V.<sup>2</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Hungarian National Blood Transfusion Service, Szeged, Hungary<sup>2</sup>

**14:30 TERÁPIA REFRAKTER SZÉKREKEDÉS VIZSGÁLATI- ÉS TERÁPIÁS EREDMÉNYEI A PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM MEDENCEFENÉK MUNKACSOPORTJÁNAK BETEGANYAGÁBAN**

Czimmer J.<sup>1</sup>, Légár B.<sup>1</sup>, Illés A.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>, Faluhelyi N.<sup>2</sup>, Szabó I.<sup>1</sup>, Baracs J.<sup>3</sup>, Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ I. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>1</sup>, Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Radiológiai Klinika<sup>2</sup>, Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Sebészeti Klinika<sup>3</sup>

*Üléselnökök/Chair:*

**Wittmann Tibor**, Szeged

**Bálint András**, Budapest

**Róka Richárd**, Szeged

- 14:40 **NAGY MÉRETŰ HIATUS HERNIÁK LAPAROSZKÓPOS REKONSTRUKCIÓJA**  
Bálint A.<sup>1</sup>, Brenner B.<sup>1</sup>, Regőczy T.<sup>1</sup>, Spiller G.<sup>1</sup>, Máté M.<sup>1</sup>, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Általános Sebészeti Profil, Budapest<sup>1</sup>
- 14:50 **AZ EPIPHRENALIS NYELŐCSŐ DIVERTICULUMOK MINIMÁLISAN INVAZÍV SEBÉSZETE: RÖVID ÉS HOSSZÚ TÁVÚ EREDMÉNYEK**  
Andrási L.<sup>1</sup>, Paszt A.<sup>1</sup>, Simonka Z.<sup>1</sup>, Ábrahám S.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>2</sup>, Lázár G.<sup>1</sup>, SZTE Sebészeti Klinika, Szeged<sup>1</sup>, SZTE I. Belgyógyászati Klinika, Szeged<sup>2</sup>
- 15:00 **ENDOSCOPIC RADIOFREQUENCY ABLATION (HALO-RFA) IN PATIENTS WITH BARRETT'S ESOPHAGUS LONG TERM RESULTS OF THE FIRST HUNGARIAN EXPERIENCE**  
Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Benkő É.<sup>1</sup>, Vadászi K.<sup>1</sup>, Bálint L.<sup>1</sup>, Inczefi F.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>
- 15:10 **SPECT/CT STUDY OF GASTRIC MOTILITY USING TC99M LABELLED STANDARD QUALITY FOOD (SQF)**  
Csiki Z.<sup>1</sup>, Barna S.<sup>2</sup>, Emri M.<sup>3</sup>, Gál T.<sup>1</sup>, Mile M.<sup>1</sup>, Garai I.<sup>2</sup>, University of Debrecen, Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine<sup>1</sup>, ScanoMed Ltd., Debrecen<sup>2</sup>, Institute of Nuclear Medicine<sup>3</sup>
- 15:20 **PATIENTS SUFFERING FROM DIARRHOEA PREDOMINANT IRRITABLE BOWEL SYNDROME (IBS-D) HAVE ALTERED COLONIC MUC2 EXPRESSION**  
Inczefi O.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, Ferrier L.<sup>3</sup>, Bálint L.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Theodorou V.<sup>3</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pathology, University of szeged, Hungary<sup>2</sup>, INRA Toxalim, Toulouse, France<sup>3</sup>
-

2016. június 5. Vasárnap  
5 June, Sunday  
15.30 – 16.50

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**TÁPLÁLKOZÁSTUDOMÁNY ÉS DIETETIKA**  
**NUTRITION SCIENCE AND DIETETICS**  
**ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS**

*Üléselnökök/Chair:*

**Sahin Péter**, Budapest

**Bajor Judit**, Pécs

**15:30 GLUTEN FREE DIET – IS IT WORTH TO USE IN PATIENTS WITHOUT CELIAC DISEASE?**

Bajor J.<sup>1</sup>, Kocsis D.<sup>2</sup>, Juhász M.<sup>3</sup>, Czimmer J.<sup>1</sup>, University of Pécs, 1st Department of Internal Medicine, Pécs<sup>1</sup>, Semmelweis University 2nd Department of Internal Medicine, Budapest<sup>2</sup>, St. Margit Hospital, 4th Department of Internal Medicine, Budapest<sup>3</sup>

**15:40 A SZÉKLET HABITUS VÁLTOZÁSA ÉS MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEI INTENZÍV ELLÁTÁSRA SZORULÓ BETEGEKNÉL**

Breitenbach Z.<sup>1</sup>, Kuklis E.<sup>1</sup>, Sz. Szabó S.<sup>1</sup>, G. Kisbenedek A.<sup>1</sup>, Polyák É.<sup>1</sup>, Figler M.<sup>1</sup>, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Táplálkozástudományi és Dietetikai Intézet<sup>1</sup>

**15:50 THE EFFECTS OF SELF-ADMINISTERED MALNUTRITION RISK SCREENING METHOD TO PREDICT MALNUTRITION RISK IN OUTPATIENTS WITH IBD**

Dakó S.<sup>1</sup>, Molnár A.<sup>2</sup>, Pálfi E.<sup>3</sup>, Nagyné Tajti É.<sup>4</sup>, Csontos Á.<sup>5</sup>, Miheller P.<sup>5</sup>, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Táplálkozástudományi MSc<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék<sup>3</sup>, Semmelweis Egyetem Központi Dietetikai Szolgálat<sup>4</sup>, Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika<sup>5</sup>

**16:00 METABOLIC CHANGES AND POTENTIAL THERAPEUTIC TARGETS IN CACHEXIA – 2016 UPDATE**

Harisi R.<sup>1</sup>, St. Istvan and St. Laszlo Hospital and Out-Patients Department, Department of Oncology, Budapest<sup>1</sup>

**16:10 NUTRITION THERAPY OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS AT OUR WARD**

Sahin P.<sup>1</sup>, Molnár P.<sup>1</sup>, Rácz S.<sup>1</sup>, Újhelyi P.<sup>1</sup>, Sebők A.<sup>1</sup>, Héra L.<sup>1</sup>, Páll I.<sup>1</sup>, Futó J.<sup>1</sup>, Gastroenterology, Jahn Ferenc Hospital, Budapest<sup>1</sup>

**16:20 THE EFFECT OF SYLIBUM MARIANUM IN DIFFERENT FORMULAS ON METAL-HOMEOSTASIS IN DUCK'S LIVER IN TOXIN CONTAMINATED MAIZE**

Süle K.<sup>1</sup>, Szentmihályi K.<sup>1</sup>, Egresi A.<sup>2</sup>, Szabó G.<sup>2</sup>, May Z.<sup>1</sup>, Blázovics A.<sup>2</sup>, Fébel H.<sup>3</sup>, Research Center for the Hungarian Academy of Sciences Institute of Materials and Environmental Chemistry, H-1117 Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pharmacognosy Semmelweis University, H-1086 Budapest, Hungary<sup>2</sup>, Research Institute of Animal Breeding and Nutrition, H-2053 Herceghalom, Hungary<sup>3</sup>

**16:30 DIABETES MELLITUS ÉS A TÁPLÁLKOZÁSI ZAVAROK HATÁSA A BÉLFLÓRÁRA**

Székely G.<sup>1</sup>, Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály<sup>1</sup>

2016. június 5. vasárnap  
5 June, Saturday  
16.50 – 18.00

Toscana terem  
Toscana Hall

**ULTRAHANG / ULTRASOUND  
KÉPALKOTÓ / IMAGING  
ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS**

*Üléselnökök/Chair:*

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

**16:50 THE MULTIFACETED APPLICATION AND VALUE OF ULTRASOUND EXAMINATIONS  
IN THE GASTROENTEROLOGY  
(LECTURE IN MEMORY OF REGÖLY-MÉREI JÁNOS)**

Gervain J.<sup>1</sup>, Division Hepato-Pancreatology 1st Dept. of Internal Medicine and Molecular Diagnostic Laboratory, „Szent György” University Teaching Hospital of County Fejér<sup>1</sup>

**17:05 A VASTAGBÉLRÁK SZŰRÉS ULTRAHANG DIAGNOSZTIKAI VONATKOZÁSAI**

Székely G.<sup>1</sup>, Ágnes S.<sup>1</sup>, Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály<sup>1</sup>

**17:15 A HASI ULTRAHANG DIAGNOSZTIKUS SZEREPE A NYELŐCSŐ VARICOSITAS  
SZŰRÉSÉBEN CIRRHOSIS HEPATISBEN SZENVEDŐ BETEGEKEN**

Pusztay M.<sup>1</sup>, Lieber R.<sup>1</sup>, Szent János Kórház, I. Belgyógyászat<sup>1</sup>

**17:25 A KONTRASZTANYAGOS ULTRAHANG VIZSGÁLATOK BEVEZETÉSE  
OSZTÁLYUNKON**

Gajdán L.<sup>1</sup>, Mag M.<sup>1</sup>, Gervain J.<sup>1</sup>, I. Belgyógyászat, Hepato- Pancreatológiai Részleg, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár<sup>1</sup>

**17:35 TRANSZVAGINALIS UH VIZSGÁLAT SORÁN DIAGNOSZTIZÁLT VASTAGBÉL  
TUMOROK**

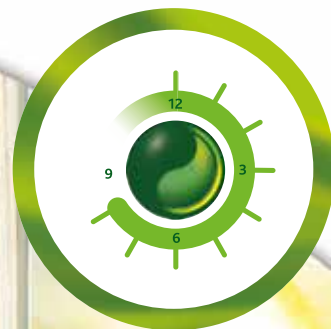
Artner A.<sup>1</sup>, Klara S.<sup>1</sup>, Edit B.<sup>2</sup>, ASTORIA MEDICAL CENTER<sup>1</sup>, Egyesített Szent László és Szent István KH<sup>2</sup>

**17:45 LAPAROSCOPOS ULTRAHANG ÉS MINIMÁLISAN INVAZÍV MÁJRESZEKCIÓK. AZ  
ELSŐ 40 BETEG TAPASZTALATAI**

Mersich T.<sup>1</sup>, Mészáros P.<sup>1</sup>, Dubóczki Z.<sup>1</sup>, Sztipits T.<sup>1</sup>, Szöllösi A.<sup>1</sup>, Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Centrum Viscerális Sebészeti Osztály<sup>1</sup>

# Dulcolax®

## A székrekedés szakértője!



## Este beveszem és reggel újra jól érzem magam.

**A Dulcolax 5 mg gyomornedv-ellenálló bevont tabletta recept nélkül kapható biszakodil hatóanyagú gyógyszer.**

**Dulcolax 5mg gyomornedv-ellenálló bevont tabletta** rövidített alkalmazási előírás: **Hatóanyag:** 5 mg biszakodil bevont tablettánként. **Terápiás javallatok:** Székrekedésben szenvedő betegek kezelése. **Diagnosztikai vizsgálatok előkészítése, pre- és posztoperatív kezelések, valamint a székletürítés megkönnyítését igénylő állapotok esetén orvosi ellenőrzés mellett.** **Adagolás és alkalmazás:** I. Székrekedés kezelésére: Felölték és 10 évnél idősebb gyermekek javasolt adagja: naponta 1-2 bevont tabletta (5-10 mg), 4-10 éves gyermekek: naponta 1 bevont tabletta (5 mg). Gyermekeknek krónikus vagy tartósan fennálló székrekedés esetén kizárólag orvosi javaslatra adható Dulcolax. Biszakodil 2 évesnél fiatalabb gyermekeknek nem adható. A bevont tablettát este, lefekvés előtt kell bevenni. II. Diagnosztikai vizsgálatok előkészítésére és műtét előtt (csak orvosi ellenőrzés mellett): Felölték javasolt adagja: 2 bevont tabletta megelőző reggel, majd 2 bevont tabletta a megelőző este, majd 1 kúp a vizsgálat, műtét reggelén. 4 éves vagy idősebb gyermekek: 1 bevont tabletta este, majd egy gyors hatású, gyermekeknek adható hashajtó kúp a vizsgálat, műtét reggelén. A bevont tablettát egészben, szétrágás nélkül kell lenyelni, megfelelő mennyiségű folyadékkal. Tejfel, savközbősítővel vagy protonpumpa-gátlókkal együtt nem szabad bevenni. **Ellenjavallatok:** Nem adható biszakodillal, illetve a készítmény egyéb összetevőivel szembeni ismert túlérzékenység, ileus/bélelzáródás, akut hasi tünetek esetén, beleértve az appendicitist, heveny bélyguladásokat, ill. súlyos folyadékvesztés, émelygés, hányással járó súlyos hasi fájdalom esetén, mely súlyosabb betegség jelzője lehet. **Különleges figyelmeztetések:** Nem adható folyamatosan hosszabb ideig, 5 napnál tovább tartó panaszok esetén a székrekedés okát ki kell vizsgálni. Dulcolaxot szedő betegeknél kialakult szédülésről és/vagy syncopéről is beszámoltak. A bevont tabletta laktóz ill. szacharózt tartalmaz. Örökletes fruktóz intoleranciában, glükóz-galaktoz malabszorpcióban vagy szacharáz-izomaltáz hiányban a készítmény nem szedhető. **Gyógyszerkölcsönhatások:** Vizelethajtók vagy szteroidok együttes adása növelheti az elektrolitegyensúly-zavart, ha nagy adag Dulcolax-ot alkalmaznak. Az elektrolit-egyensúly zavara fokozhatja a szivglükozidokkal szembeni érzékenységet. **Terhesség, szoptatás és termékenység:** Mint minden gyógyszert, a Dulcolaxot is csak orvosi tanácsra szabad terhesség alatt alkalmazni. A klinikai adatok azt mutatják, hogy sem a biszakodil aktív formája, sem glükoronidjai nem választódnak ki egészséges szoptató nők anyatejébe. Ezért a Dulcolax szoptatás alatt alkalmazható. A Dulcolax termékenységet befolyásoló hatásait emberen nem vizsgálták. **Mellékhatások:** Gyakori: hasi görcsök, hasi fájdalom, hasmenés, hányinger. Nem gyakori: szédülés, haematochezia (véres széklet), hányás, hasi ill. anorectalis dyscomfort, Orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszer (VN). Az alkalmazási előírás száma: OGY/41832/2013, dátuma: 2014.05.15. Bővebb információért kérjük, olvassa el a részletes alkalmazási előírást!



Boehringer Ingelheim 1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 6. Tel.: (06) 1 299-8900  
Orvosi információ: [medinfo.hu@boehringer-ingelheim.com](mailto:medinfo.hu@boehringer-ingelheim.com)





# Salofalk® 1,5 g és 3 g retard granulátum

meszalazin



## Az innovatív technológia a klinikai hatékonyság kulcsa

### Az egyetlen meszalazin tartalmú granulátum kettős hatóanyag-felszabadulást biztosító technológiával

-  Megbízható és gyors hatóanyag felszabadulás a vastagbél teljes hosszában.<sup>1</sup>
-  Napi egyszeri alkalmazás akut és remisszióban lévő enyhe és közepesúlyos colitis ulcerosában.\*
-  A jó beteg compliance biztosító: az étkezéstől független bevétel és a kellemes vanília íz.
-  90%-os tb. támogatás, legolcsóbb meszalazin tartalmú granulátum.

**Irodalom:** 1. Kruis et al: Gut, 2009. 58; 233-240.

\* Salofalk 3g granulátum: naponta 1 tasak

**Salofalk 1,5 g és 3 g gyomornedv-ellenálló retard granulátum** Hatóanyag: 1,5 g ill. 3 g meszalazin tasakonként. **Terápiás javaslatok:** Colitis ulcerosa akut fellobbanásának kezelése és a tünetmentes állapot fenntartása. **Adagolás: Felőttek és idősek:** Colitis ulcerosa akut fellobbanásának kezelésére: Naponta egyszer 1 tasak Salofalk 3 g granulátum, 1 vagy 2 tasak Salofalk 1,5 g granulátum, 3 tasak Salofalk 1000 mg vagy 3 tasak Salofalk 500 mg granulátum (napi 1,5-3,0 g meszalazinnak megfelelő), lehetőség szerint reggel alkalmazva, az egyedi klinikai igényeknek megfelelően. **Colitis ulcerosa tünetmentes állapotának fenntartására:** A standard dózis 0,5 g meszalazin 3x naponta (reggel, délután és este), ami napi 1,5 meszalazinnak felel meg. Azoknál a betegeknél, akiknél a visszaesés kockázata ismertem magasabb, egészségügyi okokból vagy a napi háromszori adagolás nehézségeibe ütközik, az adagolási rend naponta egyszer, lehetőleg reggel alkalmazott 3,0 g meszalazinra módosítható. **Gyermekpopuláció:** Gyermekeknél (6-18 év közötti) való alkalmazással kapcsolatban csak kevés dokumentáció áll rendelkezésre. 6 éves és annál idősebb gyermekek. Aktív betegség: A dózist egyénileg kell megállapítani. Kezdetben 30-50mg/ttkg adható egyszer, lehetőleg reggel, vagy naponta több részre elosztva. A maximális dózis: 75 mg/ttkg/nap. A teljes napi dózis nem haladhatja meg a felnőtteknek ajánlott maximális dózist. Fenntartó kezelés: A dózist egyénileg kell megállapítani. Kezdetben 15-30 mg/ttkg adható naponta több részre elosztva. A teljes napi dózis nem haladhatja meg a felnőtteknek előírtat. Általánosságban javasolható, hogy 40 kg testtömeg alatt a felnőtt dózis fele, míg 40 kg

testtömeg felett a normál felnőtt dózis adandó. **Ellenjavallatok:** Túlzékonyság a szalicilátokkal vagy a készítmény bármely más összetevőjével szemben, súlyos máj- és vesekárosodás. **Gyógyszerköcsönhatások és egyéb interakciók:** Laktulóz vagy a széklet pH-ját csökkentő hasonló készítmények: a meszalazin felszabadulásának mértéke a granulátumból csökkenhet a laktulóz bakteriális metabolizmusa által kiváltott pH csökkenés következtében. Azatioprinnel, 6-merkaptopurinnal vagy tioguaninnal kezelt betegeknek ezen hatóanyagok mieloszuppresszív hatásának lehetséges növekedését figyelembe kell venni. Csekély bizonyíték van arra vonatkozóan, hogy a meszalazin csökkentheti a warfarin antikoaguláns hatását. **Termékenység, terhesség és szoptatás: Terhesség:** A Salofalk granulátum terhes nőknél történő alkalmazása tekintetében nem áll rendelkezésre elegendő információ. A Salofalk granulátum csak akkor alkalmazható a terhesség ideje alatt, ha a várható előny ellensúlyozza a lehetséges kockázatokat. **Szoptatás:** A Salofalk granulátum szoptatás alatt csak a terápiás előny/kockázat gondos mérlegelésével adható. Ha a csecsemőnél hasmenés lép fel, a szoptatást fel kell függeszteni. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** Ritka: fejfájás, szédülés, myocarditis, pericarditis, hasi fájdalom, hasmenés, hányás. Nagyon ritka: vérszám-eltérések, perifériás neuropátia, a tüdő allergiás és fibrotikus reakciói, akut pancreatitis, károsodott vesefunkció, alopecia, myalgia, arthralgia, túlzékonysági reakciók, máj-funkciós paraméterek változása, oligospermia. **Csomagolás:** tasakonként 2,79 ill. 5,58 g granulátumot tartalmaz. **Kiszárlás:** 45 db tasak ill. 30 db tasak. **Hatásérs-**

**ség:** \* (egy kereszt). Rövidített alkalmazási előírat. Bővebb információért **kérjük olvassa el az alkalmazási előírat teljes szövegét!** OGYI-T-1612/18 ill. OGYI-T-1612/15. Alkalmazási előírat: OGYI/39446/2013 ill. OGYI/39449/2013. **Salofalk 3 g retard granulátum 30x** Fogyasztói ár: 17520 Ft; Tb. támogatás: 15768 Ft (90%); Térítési díj: 1752 Ft. **Salofalk 1,5 g retard granulátum 45x** – Fogyasztói ár: 13141 Ft; Tb. támogatás: 11827 Ft (90%); Térítési díj: 1314 Ft. Az információ lezárásának időpontja: 2015. szeptember 15.



Dr. Falk Pharma Képviselet

2040 Budaörs, Károly király út 39.  
Tel.: +36 23 444 773, Fax: +36 23 444 774  
e-mail: central@medicons.hu  
www.medicons.hu



2016. június 5. Vasárnap  
5 June, Sunday  
14.00 – 18.00

Ibiza terem  
Ibiza Hall

**BÉLBETEGSÉGEK / BOWEL DISEASE**  
**ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS**

*Ülésezők/Chair:*

**Farkas Klaudia, Szeged**

**Miheller Pál, Budapest**

**Kristóf Tünde, Miskolc**

**14:00 PREDICTING OF SHORT AND MEDIUM-TERM EFFICACY OF BIOSIMILAR INFLIXIMAB THERAPY. DO TROUGH LEVELS/ADAS OR CLINICAL/BIOCHEMICAL MARKERS PLAY A MORE IMPORTANT ROLE?**

Golovics P.<sup>1</sup>, Végh Z.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>2</sup>, Bálint A.<sup>2</sup>, Gecse K.<sup>1</sup>, Lovász B.<sup>1</sup>, Kürti Z.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Bíró E.<sup>3</sup>, Szalay B.<sup>3</sup>, Gönczi L.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>2</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>2</sup>, Department of Laboratory Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>3</sup>

**14:10 CLINICAL ROLE, OPTIMAL TIMING AND FREQUENCY OF MEASUREMENT OF SERUM INFLIXIMAB LEVELS AND ANTI-INFLIXIMAB ANTIBODY TITERS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**

Bor R.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Milassin Á.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Matuz M.<sup>2</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Faculty of Pharmacy, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>

**14:20 RELATIONSHIP BETWEEN SERUM INFLIXIMAB TROUGH LEVELS AND LABORATORY PARAMETERS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES**

Fábián A.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Ferenci T.<sup>2</sup>, Kanaaneh D.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Milassin Á.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>1</sup>, John von Neumann Faculty of Informatics, Óbuda University, Budapest<sup>2</sup>

**14:30 EFFICACY AND SAFETY OF BIOSIMILAR INFLIXIMAB AFTER ONE-YEAR: RESULTS FROM A PROSPECTIVE NATIONWIDE COHORT**

Gecse K.<sup>1</sup>, Végh Z.<sup>1</sup>, Kürti Z.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Banai J.<sup>3</sup>, Bene L.<sup>4</sup>, Gasztonyi B.<sup>5</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>, Szalay B.<sup>14</sup>, Kristóf T.<sup>6</sup>, Lakatos L.<sup>7</sup>, Miheller P.<sup>8</sup>, Nagy F.<sup>2</sup>, Palatka K.<sup>9</sup>, Papp M.<sup>9</sup>, Patai Á.<sup>10</sup>, Lakner L.<sup>10</sup>, Salamon Á.<sup>11</sup>, Szamosi T.<sup>3</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Tóth G.<sup>12</sup>, Vincze Á.<sup>13</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>2</sup>, Military Hospital – State Health Centre, Budapest<sup>3</sup>, 1st Department of Medicine, Peterfy Hospital, Budapest<sup>4</sup>, 2nd Department of Medicine, Zala County Hospital, Zalaegerszeg<sup>5</sup>, 2nd Department of Medicine, B-A-Z County and University Teaching Hospital, Miskolc<sup>6</sup>, Department of Internal Medicine, Csolnoky Ferenc Regional Hospital, Veszprém<sup>7</sup>, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>8</sup>, Institute of Medicine, Department of Gastroenterology, University of Debrecen, Clinical Center, Debrecen<sup>9</sup>, Department of Medicine and Gastroenterology, Markusovszky Hospital, Szombathely<sup>10</sup>, Department of Gastroenterology, Tolna County Teaching Hospital, Szekszárd, Hungary<sup>11</sup>, Department of Gastroenterology, Janos Hospital, Budapest, Hungary<sup>12</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>13</sup>, Department of Laboratory Medicine, Budapest, Hungary<sup>14</sup>

**14:40 IMMUNOGENICITY PROFILE AND PREDICTORS OF TLS AND ADA DEVELOPMENT OF BIOSIMILAR INFLIXIMAB DURING THE FIRST 6 MONTHS OF THE THERAPY: RESULTS FROM A PROSPECTIVE NATIONWIDE COHORT**

Lovász B.<sup>1</sup>, Kürti Z.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>2</sup>, Végh Z.<sup>1</sup>, Gecse K.<sup>1</sup>, Bíró E.<sup>14</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Banai J.<sup>3</sup>, Bene L.<sup>4</sup>, Gasztonyi B.<sup>5</sup>, Kristóf T.<sup>6</sup>, Lakatos L.<sup>7</sup>, Miheller P.<sup>8</sup>, Palatka K.<sup>9</sup>, Patai Á.<sup>10</sup>, Lakner L.<sup>10</sup>, Salamon Á.<sup>11</sup>, Szamosi T.<sup>3</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Tóth G.<sup>12</sup>, Vincze Á.<sup>13</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal

Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>2</sup>, Military Hospital – State Health Centre, Budapest<sup>3</sup>, 1st Department of Medicine, Peterfy Hospital, Budapest<sup>4</sup>, 2nd Department of Medicine, Zala County Hospital, Zalaegerszeg<sup>5</sup>, 2nd Department of Medicine, B-A-Z County and University Teaching Hospital, Miskolc<sup>6</sup>, Department of Internal Medicine, Csolnoky Ferenc Regional Hospital, Veszprém<sup>7</sup>, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>8</sup>, Institute of Medicine, Department of Gastroenterology, University of Debrecen, Clinical Center, Debrecen<sup>9</sup>, Department of Medicine and Gastroenterology, Markusovszky Hospital, Szombathely<sup>10</sup>, Department of Gastroenterology, Tolna County Teaching Hospital, Szekszárd, Hungary<sup>11</sup>, Department of Gastroenterology, Janos Hospital, Budapest, Hungary<sup>12</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>13</sup>, Department of Laboratory Medicine, Budapest, Hungary<sup>14</sup>

**14:50 INFLIXIMAB INFLUENCED CHANGES OF SERUM TNF-ALFA LEVELS**

Gelley A.<sup>1</sup>, Nagy E.<sup>2</sup>, Potó L.<sup>3</sup>, Balázs C.<sup>4</sup>, Kovács Á.<sup>5</sup>, Hegede G.<sup>5</sup>, Bene L.<sup>5</sup>, Schandl L.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>6</sup>, Miheller P.<sup>6</sup>, Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, Polyclinic of Hospitaller Brothers of Saint John of God, Budapest<sup>1</sup>, Dept of Central Laboratory Polyclinic of Hospitaller Brothers of Saint John of God, Budapest<sup>2</sup>, Institute of Bioanalysis, University of Pécs Medical school, Pécs<sup>3</sup>, Immune-Endocrine Centre Budapest<sup>4</sup>, Gastroenterology, Péterfy Sándor Hospital Budapest<sup>5</sup>, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>6</sup>

**15:00 PREDICTORS OF LOSS OF RESPONSE TO ADALIMUMAB THERAPY; THE IMPORTANCE OF THERAPEUTIC DRUG MONITORING IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES**

Kürti Z.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>2</sup>, Végh Z.<sup>1</sup>, Gönczi L.<sup>1</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>, Szalay B.<sup>3</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Gecse K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>2</sup>, Department of Laboratory Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>3</sup>

**15:10 A GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK CSONTPARAMÉTEREINEK MONITOROZÁSA BIOIMPEDANCIÁN ALAPULÓ TESTÖSSZETÉTEL VIZSGÁLATTAL A BIOLÓGIAI TERÁPIA SORÁN**

Csontos Á.<sup>1</sup>, Molnár A.<sup>2</sup>, Piri Z.<sup>1</sup>, Dakó S.<sup>3</sup>, Pálfi E.<sup>3</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Patológiai tudományág, Egészségtudományok program, Budapest<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem, ETK Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Budapest<sup>3</sup>

**15:20 PRESARCOPENIA SZŰRÉS CROHN BETEGEKNÉL, A BETEGEK PARAMÉTEREINEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA EGÉSZSÉGES ÖNKÉNTESEKÉVEL**

Molnár A.<sup>1</sup>, Csontos Á.<sup>2</sup>, Kovács I.<sup>3</sup>, Anton D.<sup>4</sup>, Pálfi E.<sup>5</sup>, Miheller P.<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Patológiai tudományág, Egészségtudományok program, Budapest<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>2</sup>, Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, Budapest<sup>3</sup>, Szent István Egyetem, Doktori Iskola, Biomatematikai és Informatikai tudományág, Budapest<sup>4</sup>, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Budapest<sup>5</sup>

**15:30 BÉLELÉGTÉLEN BETEGEK OTTHONI PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁSA**

Udvarhelyi G.<sup>1</sup>, Bíró I.<sup>1</sup>, Molnár A.<sup>2</sup>, Sahin P.<sup>3</sup>, Topa L.<sup>1</sup>, Gasztroenterológia, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Patológiai tudományág, Egészségtudományok program, Budapest<sup>2</sup>, Gasztroenterológia, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és rendelőintézet, Budapest<sup>3</sup>

**15:40 THE RISK OF GASTROINTESTINAL MALIGNANT CONDITIONS FOLLOWING VENOUS THROMBOEMBOLISM**

Czirják K.<sup>1</sup>, Vén L.<sup>1</sup>, Kántor N.<sup>1</sup>, Suták M.<sup>2</sup>, Rácz F.<sup>1</sup>, Szegedi L.<sup>1</sup>, Jósa András Teaching Hospital, 1st Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology<sup>1</sup>, Jósa András Teaching Hospital, 1st Department of Internal Medicine, Division of Angiology<sup>2</sup>

**15:50 SZÜNET**

*Üléselnökök/Chair:*

**Szepes Zoltán**, Szeged    **Vincze Áron**, Pécs    **Lakatos Péter László**, Budapest

- 16:10 **NATIONWIDE PREVALENCE OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN HUNGARY. A POPULATION-BASED STUDY BASED ON THE NATIONAL HEALTH INSURANCE FUND DATABASE**  
Végh Z.<sup>1</sup>, Fadgyas-Freyler P.<sup>2</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>, Lovász B.<sup>1</sup>, Kürti Z.<sup>1</sup>, Gimesi-Ország J.<sup>2</sup>, Korponai G.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, Strategic Analysis Department, National Health Insurance Fund (OEP), Budapest<sup>2</sup>
- 16:20 **HUPIR – MÚLT, JELEN, JÖVŐ**  
Veres G.<sup>1</sup>, HUPIR G.<sup>1</sup>, Müller K.<sup>1</sup>, I.sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>1</sup>
- 16:30 **SZEROLÓGIAI MARKEREK JELENTŐSÉGE COLITIS ULCEROSA KÓRLEFOLYÁSÁBAN**  
Kovács G.<sup>1</sup>, Sipeki N.<sup>1</sup>, Palatka K.<sup>1</sup>, Altörjay I.<sup>1</sup>, Fechner K.<sup>2</sup>, Norman G.<sup>3</sup>, Shums Z.<sup>3</sup>, Veres G.<sup>4</sup>, Lakatos P.<sup>5</sup>, Papp M.<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gastroenterológiai Tanszék<sup>1</sup>, Institute of Experimental Immunology, Euroimmun AG, Luebeck, Germany<sup>2</sup>, Inova Diagnostics, Inc., San Diego, CA<sup>3</sup>, Semmelweis Egyetem, I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest<sup>4</sup>, Semmelweis Egyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>5</sup>
- 16:40 **GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉG ÉS GYERMEKVÁLLALÁS**  
Schäfer E.<sup>1</sup>, Homoki-Bursics K.<sup>1</sup>, Tolmácsi B.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Csizmazia I.<sup>1</sup>, Banai J.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>, MHEK Gasztroenterológia<sup>1</sup>
- 16:50 **PREGNANCY, BIRTH OUTCOME AND POSTNATAL DEVELOPMENT IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**  
Milassin Á.<sup>1</sup>, Szántó K.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Vass N.<sup>2</sup>, Szűcs D.<sup>2</sup>, Demcsák A.<sup>2</sup>, Lada S.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, University of Szeged, 1st Department of Internal Medicine<sup>1</sup>, University of Szeged, Department of Pediatrics<sup>2</sup>
- 17:00 **A POUCH KÉPZÉssel JÁRÓ ILEOANALIS ANASTOMOSIS MŰTÉTEK HOSSZÚTÁVÚ KIMENETELE COLECTOMIÁN ÁTESETT COLITIS ULCEROSÁS BETEGEK BENE-ELŐZETES TANULMÁNY**  
Bálint A.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Czinderi V.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Palkó A.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem, I. Belgyógyászati Klinika, Szeged<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem, Radiológiai Klinika<sup>2</sup>
- 17:10 **A SZEZONÁLIS INFLUENZA ELLENI VÉDŐOLTÁS HATÁSA A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK AKTIVITÁSÁRA**  
Rutka M.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Milassin Á.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar I. Sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged<sup>1</sup>
- 17:20 **A CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFEKCIÓ KONZERVATÍV TERÁPIÁJÁNAK VÁLTOZÁSA, A HATÉKONYSÁG VISZONYLAGOSSÁGA**  
Fodor D.<sup>1</sup>, Nagy N.<sup>2</sup>, Kondász A.<sup>3</sup>, Hajdú H.<sup>4</sup>, Szegedi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika Infektológia Osztály, Szeged<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika Infektológia Osztály, Szeged<sup>2</sup>, Szegedi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika Infektológia Osztály, Szeged<sup>3</sup>, Szegedi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika Infektológia Osztály, Szeged<sup>4</sup>
- 17:30 **USE OF INTRAVENOUS TIGECYCLINE IN PATIENTS WITH SEVERE CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFECTION: A RETROSPECTIVE CASE-CONTROL STUDY**  
Szabo B.<sup>1</sup>, Lenart K.<sup>2</sup>, Kadar B.<sup>1</sup>, Dezsenyi B.<sup>2</sup>, Fried K.<sup>2</sup>, Kamotsay K.<sup>3</sup>, Nikolova R.<sup>3</sup>, Prinz G.<sup>2</sup>, 1st Department of Infectology, Joined Saint Stephan and Saint Ladislaus Hospital–Clinic, Budapest; School of PhD Studies, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, 1st Department of Infectology, Joined

Saint Stephan and Saint Ladislaus Hospital–Clinic, Budapest<sup>2</sup>, Core Microbiology Laboratory, Joined Saint Stephan and Saint Ladislaus Hospital–Clinic, Budapest<sup>3</sup>

**17:40 ACCURACY OF GENETIC TEST (C13910 POLYMORPHISM) AND HYDROGEN BREATH TEST IN ADULT-TYPE HYPOLACTASIA: A RETROSPECTIVE STUDY**

Buzás G.<sup>1</sup>, Fodor F.<sup>2</sup>, Csóky B.<sup>2</sup>, Ferencváros Health Centre Ltd, Gastroenterology, Budapest<sup>1</sup>, Genoid Molecular Diagnostic Laboratory, Synlab, Budapest<sup>2</sup>

**17:50 EXPERIENCE GAINED FROM A MULTICENTRE SURVEY ON CELIAC DISEASE AND NON-CELIAC GLUTEN SENSITIVITY IN OUTPATIENTS' COHORTS OF FOUR HUNGARIAN GASTROENTEROLOGY AND ONE DIETETIC REFERRAL CENTRES**

Kocsis D.<sup>1</sup>, Bajor J.<sup>2</sup>, Papp M.<sup>3</sup>, Lénárt Z.<sup>4</sup>, Pálfi E.<sup>5</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Patai Á.<sup>1</sup>, Herszényi L.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>1</sup>, Juhász M.<sup>1</sup>, Semmelweis University 2nd Department of Internal Medicine, Budapest<sup>1</sup>, University of Pécs 1st Department of Internal Medicine, Pécs<sup>2</sup>, University of Debrecen 2nd Department of Internal Medicine, Debrecen<sup>3</sup>, University of Szeged 2nd Department of Internal Medicine, Szeged<sup>4</sup>, Semmelweis University Faculty of Health Sciences, Dietetics and Nutrition Sciences, Budapest<sup>5</sup>

POSZTEREK / POSTERS

*Üléselnökök/Chair:*

**Palatka Károly**, Debrecen

**Gurzó Zoltán**, Gyula

**1. STOMA ZÁRÁS ELŐTTI COLONOSCOPIA - VÉLETLENÜL ELTÁVOLÍTOTT ÁTTÉTI DAGANAT**

Dorogi B.<sup>1</sup>, Bély M.<sup>2</sup>, Madaras B.<sup>3</sup>, Masszi I.<sup>1</sup>, Kis J.<sup>4</sup>, Schandl L.<sup>4</sup>, Gelley A.<sup>4</sup>, Sebészeti Osztály, Betegápoló irglamas rend Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest<sup>1</sup>, Patológiai Osztály, Betegápoló irglamas rend Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest<sup>2</sup>, B Belgyógyászat Országos Onkológiai Intézet Budapest<sup>3</sup>, Belgyógyászati Osztály Betegápoló irglamas rend Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest<sup>4</sup>

**2. STRESSZKEZELÉS A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN**

Bíró G.<sup>1</sup>, Budapest, Főváros II. kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat, Gasztroenterológia;<sup>1</sup>, Pszichofészek, Pszichoterápiás rendelő<sup>2</sup>

**3. ULCERATIVE COLITIS ASSOCIATED ADENOCARCINOMA: DIAGNOSIS FROM THE FIRST BIOPSY SAMPLE?**

Reisz Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Nagy F.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Milassin Á.<sup>2</sup>, Lázár G.<sup>3</sup>, Sejben A.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary<sup>3</sup>

**4. EFFECT OF THE CLEANSING ON THE DETECTION OF POLYPS IN LARGE BOWEL**

Sarang K.<sup>1</sup>, Döbrönte Z.<sup>1</sup>, Hassan S.<sup>1</sup>, Kovács A.<sup>1</sup>, Márk L.<sup>1</sup>, Ihász M.<sup>1</sup>, Patai Á.<sup>1</sup>, Markusovszky Teaching Hospital, Department of Gastroenterology and Endoscopy<sup>1</sup>

**5. HUMOR-E: MIKROSKÓPOS COLITIS? – PROSPEKTÍV ENDOSZKÓPOS REGISZTER BEMUTATÁSA**

Patai Á.V.<sup>1</sup>, Csóka C.<sup>1</sup>, Péter Z.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Sipos F.<sup>1</sup>, Székely H.<sup>1</sup>, Micsik T.<sup>2</sup>, Bor R.<sup>3</sup>, Szepes Z.<sup>3</sup>, Vasas B.<sup>4</sup>, Tiszlavicz L.<sup>4</sup>, Patai Á.<sup>5</sup>, Tóth C.<sup>6</sup>, Tulassay Z.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest<sup>2</sup>, Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged<sup>3</sup>, Szegedi Tudományegyetem, Patológiai Intézet, Szeged<sup>4</sup>, Vas Megyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Gasztroenterológiai és Belgyógyászati Osztály, Szombathely<sup>5</sup>, Vas Megyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Patológiai Osztály, Szombathely<sup>6</sup>

ÚJ

Budenofalk®

9 mg

granulátum



## Crohn-betegségben és kollagén colitisben

*Céltzott szteroid hatás,  
kevesebb mellékhatás!*

1. Andus T. et al.: Replacement of Conventional Glucocorticoids by Oral pH-Modified Release Budesonide in Active and Inactive Crohn's disease. *Dig.Dis.Sci.* 2003; 48:373-8.

**Budenofalk 9mg gyomornedv-ellenálló granulátum**

**Hatóanyag:** budesonid. Terápiás javallatok: enyhe és közepesúlyos aktív Crohn-betegség. Aktív kollagén colitis.

**Adagolás és alkalmazás:** *Felnőtteknek:* Crohn-betegség és kollagén colitis: Naponta 1 tasak reggel.

**Ellenjavallatok:** Budesoniddal illetve a készítmény bármely összetevőjével szembeni túlérzékenység, portális hipertenzió jeleit mutató májcirrhosis, lokális bélferőtőzések (baktériumok, gombák, amóbák, vírusok).

**Mellékhatások:** Cushing szindróma, láb ödéma, pseudotumor cerebri, székrekedés, izomfájdalom, oszteoporózis, immunválasz zavarai, depresszió, irritabilitás, eufória, glaukoma, katarakta, hypertónia, hasi panaszok, nyombélfekély, pankreatitisz, allergiás exanthera, petechia, ecchimoszis, elhúzódó sebgyógyulás, kontakt dermatitisz. **Csomagolás:** 30 db tasak. OGYI-T-8898/04. Rövidített alkalmazási előírat. Bővebb információért kérjük, olvassa el a gyógyszerek alkalmazási előíratának teljes szövegét!

Az információ lezárásának időpontja: 2015. szeptember 30.

**Budenofalk 9mg granulátum (30x)**

Fogy. Ár	Tb támogatás (90%)	Térítési díj
22 170 Ft	19 953 Ft	2 217 Ft



medicons

Dr. Falk Pharma Képviselet

2040 Budaörs, Károly király út 39.  
Tel.: +36 23 444 773, Fax: +36 23 444 774  
e-mail: drfalk@medicons.hu, info@medicons.hu  
www.medicons.hu

# Van, ami nem várhat!



## Enzimpótlás azonnal Lactase rágótablettával

térítési díj: 100 db / 2183 Ft\*



- ✓ LAKTÓZINTOLERANCIÁBAN
- ✓ 100 DB TÉRÍTÉSI DÍJA 2183 FT\*
- ✓ 1 RÁGÓTABLETTA 10 g LAKTÓZ ( 2 dl TEJ) BONTÁSÁHOZ ELEGENDŐ
- ✓ KÖZGYÓGYELLÁTOTTAKNAK RENDELHETŐ
- ✓ HIGIÉNIKUSAN, BLISZTERBEN CSOMAGOLVA

**Hatóanyag:** 1 db rágótabletta 34,12 mg laktázt (2000 FCCU) tartalmaz. **Javallat:** laktózintolerancia. **Ellenjavallat:** az alkotórészekkel szembeni gyógyszerérzékenység. **Adagolás:** laktóz tartalmú étkezést megelőzően elrágni. Egy rágótabletta 2 dl teljes tejben lévő laktóz (10 g) feldolgozásához elegendő. **Mellékhatás:** obstipáció, túlérzékenységi reakció. **Gyógyszerkölcsonhatás:** Na- és K-ionok jelenléte fokozhatja a laktáz enzim aktivitását, Ca-ionok és nehézfémek in vitro gátolják az enzim aktivitását. **Lactase rágótabletta 100x térítési díj 2183 Ft\*** (fogy. ár: 4851 Ft, támogatás 55%: 2668 Ft). További szakmai információért kérjük, olvassa el az alkalmazási előíratot (OGYI 32432/2015 okt.11.), vagy hívja információs irodánkat: Strathmann KG képviselete  
Telefon: (36-1) 320-2865, email: info@strathmann.hu • Az információ lezárásának időpontja: 2016. február 1.



STRATHMANN

2016. június 5. Vasárnap  
5 June, Sunday  
14.00 – 18.00

Marbella terem  
Marbella Hall

**KUTATÓI FÓRUM / RESEARCH FORUM**  
**ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS**

*Üléselnökök/Chair:*

**Molnár Béla**, Budapest

**Varga Gábor**, Budapest

- 14:00 **TELJES GENOM METHYLACIÓS SZEKVENÁLÁS VASTAGBÉL DAGANATOKBAN: A VASTAGBÉL DAGANAT MUTÁCIÓS GÉNEK ÉS FORRÓPONTOK (APC, P53, B-CATENIN, KRAS) DNS METHYLÁCIÓS MEGELŐZŐ ELVÁLTOZÁSAI**  
Molnár B.<sup>1</sup>, Péterfia B.<sup>1</sup>, Wichmann B.<sup>1</sup>, Patai Á.<sup>1</sup>, Galamb O.<sup>1</sup>, Kalmár A.<sup>1</sup>, Tulassay z.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem. II. Belgyógyászati Klinika<sup>1</sup>
- 14:12 **FLUID AND HCO<sub>3</sub>- SECRETION AND CFTR ACTIVITY ARE INHIBITED BY CIGARETTE SMOKE EXTRACT IN GUINEA PIG PANCREATIC DUCTAL CELLS**  
Pallagi P.<sup>1</sup>, Venglovecz V.<sup>2</sup>, Tóth K.<sup>1</sup>, Schnúr A.<sup>1</sup>, Tóth E.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>1</sup>, Csupor D.<sup>3</sup>, ifj. Rakonczay Z.<sup>4</sup>, Csekő K.<sup>5</sup>, Helyes Z.<sup>5</sup>, Hegyi P.<sup>6</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged<sup>2</sup>, Department of Pharmacognosy, University of Szeged<sup>3</sup>, Department of Pathophysiology, University of Szeged<sup>4</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Pécs<sup>5</sup>, Institute for Translational Medicine & 1st Department of Medicine, University of Pécs<sup>6</sup>, MTA-SZTE Translational Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary<sup>7</sup>
- 14:24 **EXPRESSIONS AND INFLAMMATION-INDUCED ALTERATIONS OF TRANSIENT RECEPTOR POTENTIAL VANILLOID 1 AND ANKYRIN 1 ION CHANNELS IN THE HUMAN AND RAT GASTRIC MUCOSA**  
Csekő K.<sup>1</sup>, Pécsi D.<sup>2</sup>, Hegedűs I.<sup>3</sup>, Perkecz A.<sup>2</sup>, Szabó S.<sup>4</sup>, Szabó I.<sup>5</sup>, Helyes Z.<sup>6</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy; 1st Department of Internal Medicine and Szentagotthai Research Centre, University of Pécs, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Pécs, Hungary<sup>2</sup>, Department of Pathology, University of Pécs, Hungary<sup>3</sup>, University of California, Irvine, School of Medicine, Irvine, CA, USA<sup>4</sup>, 1st Department of Internal Medicine, University of Pécs, Hungary<sup>5</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy; Szentagotthai Research Centre, University of Pécs, Hungary and MTA-PTE NAP B Chronic Pain Research Group<sup>6</sup>
- 14:36 **INHIBITION OF ALPHA2A-ADRENOCEPTORS PROTECTS AGAINST EXPERIMENTAL COLITIS IN MICE**  
Zádori Z.<sup>1</sup>, Tóth V.<sup>1</sup>, Fehér Á.<sup>1</sup>, Holzer P.<sup>2</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Nagyvárad tér 4, 1089, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Research Unit of Translational Neurogastroenterology, Institute of Experimental and Clinical Pharmacology, Medical University of Graz, Universitätsplatz 4, A-8010 Graz, Austria<sup>2</sup>
- 14:48 **PROMOTER HYPOMETHYLATION AND OVEREXPRESSION OF LINC00152 LONG NON-CODING RNA DURING DEVELOPMENT AND PROGRESSION OF COLORECTAL CANCER**  
Galamb O.<sup>1</sup>, Kalmár A.<sup>2</sup>, Péterfia B.<sup>2</sup>, Hollósi P.<sup>3</sup>, Nagy Z.<sup>2</sup>, Csabai I.<sup>4</sup>, Wichmann B.<sup>1</sup>, Bodor A.<sup>4</sup>, Ribli D.<sup>4</sup>, Barták B.<sup>2</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, Molnár B.<sup>1</sup>, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences<sup>1</sup>, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University<sup>2</sup>, Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University<sup>3</sup>, Department of Physics of Complex Systems, Eötvös Loránd University<sup>4</sup>
- 15:00 **VX-809 RESTORES THE ALCOHOL-INDUCED EXPRESSION DEFECT OF CYSTIC FIBROSIS TRANSMEMBRANE CONDUCTANCE REGULATOR IN CAPAN-1 CELLS**  
Maléth J.<sup>1</sup>, Madácsy T.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>1</sup>, Venglovecz V.<sup>2</sup>, Rakonczay Z.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>4</sup>, First Department of Medicine; University of Szeged; Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and

Pharmacotherapy, University of Szeged, Hungary<sup>2</sup>, First Department of Medicine and Department of Pathophysiology University of Szeged<sup>3</sup>, Institute for Translational Medicine and First Department of Medicine, University of Pécs, Hungary<sup>4</sup>

15:12 SZÜNET

*Üléselnökök/Chair:*

**Gyires Klára**, Budapest

**Rakonczay Zoltán Jr.**, Szeged

15:22 **METHYLATION PROFILE PREDICTION FROM WHOLE GENOME SEQUENCING AND COMPARISON WITH RESTRICTION ENZYME BASED METHYLATION ANALYSIS AND GENE EXPRESSION ARRAY DATA IN COLORECTAL ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE**

Wichmann B.<sup>2</sup>, Galamb O.<sup>2</sup>, Kalmár A.<sup>1</sup>, Patai Á. V.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>1</sup>, Barták B.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>3</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary<sup>2</sup>, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences; 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>3</sup>

15:34 **A NOVEL CELLULAR MODEL FOR FUNCTIONAL STUDIES OF PH REGULATION AND ELECTROLYTE TRANSPORT MECHANISMS IN AMELOGENESIS**

Varga G.<sup>1</sup>, Rácz R.<sup>1</sup>, Bori E.<sup>1</sup>, Department of Oral Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>

15:46 **LACK OF CFTR RESULTS IN IMPAIRED FUNCTION OF THE PLASMA MEMBRANE CA<sub>2</sub><sup>+</sup> PUMP THAT CAUSES INTRACELLULAR CA<sub>2</sub><sup>+</sup> OVERLOAD AND MITOCHONDRIAL DAMAGE IN PANCREATIC DUCTAL EPITHELIAL CELLS IN CFTR KNOCKOUT MICE**

Madácsy T.<sup>1</sup>, Fanczal J.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>2</sup>, Venglovecz V.<sup>2</sup>, Ifj Rakonczay Z.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>4</sup>, Maléth J.<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pharmacology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>, First Department of Medicine/ Faculty of Medicine Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>3</sup>, Univ. of Pécs, Institute for Transl. Med. & 1st Dep. of Medicine, MTA-SZTE Transl. Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary<sup>4</sup>

15:58 **ANALYSING THE ROLE OF IMIDAZOLIN RECEPTORS IN THE REGULATION OF INTESTINAL PERISTALSIS**

Fehér Á.<sup>1</sup>, Holzer-Petsche U.<sup>2</sup>, Liebmann I.<sup>2</sup>, Holzer P.<sup>2</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Zádori Z.<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvárad tér 4. 1089 Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Research Unit of Translational Neurogastroenterology, Institute of Experimental and Clinical Pharmacology, Medical University of Graz, Universitätsplatz 4, A-8010 Graz, Austria<sup>2</sup>

16:10 **PARALLEL ANALYSIS OF LONG NON-CODING RNA EXPRESSION AND THE EPIGENETIC REGULATORY SYSTEM IN THE COLORECTAL ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE**

Kalmár A.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>1</sup>, Galamb O.<sup>2</sup>, Wichmann B.<sup>2</sup>, Barták B.<sup>1</sup>, Patai Á. V.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, 2nd Dept of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary<sup>2</sup>

16:22 **THE ROLE OF AQUAPORINS IN PANCREATIC DUCTAL FLUID SECRETION**

Becskeházi E.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>2</sup>, Balázs A.<sup>2</sup>, Sendler M.<sup>3</sup>, Kühn J.<sup>3</sup>, Rakonczay Jr. Z.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>4</sup>, Venglovecz V.<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Ernst-Moritz-Arndt-University, Greifswald, Germany<sup>3</sup>, Institute for Translational Medicine and First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>4</sup>

16:34 SZÜNET



*Üléselnökök/Chair:*

**Zádori Zoltán**, Budapest **Maléth József**, Szeged **Venglovecz Viktória**, Szeged

- 16:44 **KYNURENIC ACID AND ITS NOVEL ANALOGUE SZR-72 DIMINISH THE SEVERITY OF EXPERIMENTAL ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS**  
Balla Z.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>2</sup>, Kormányos E.<sup>2</sup>, Bálint E.<sup>1</sup>, Kiss L.<sup>1</sup>, Iványi B.<sup>3</sup>, Vécsei L.<sup>4</sup>, Fülöp F.<sup>5</sup>, Varga G.<sup>6</sup>, Harazin A.<sup>8</sup>, Deli A. M.<sup>8</sup>, Hegyi P.<sup>7</sup>, Ifj. Rakonczay Z.<sup>1</sup>, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Hungary<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary<sup>3</sup>, Department of Neurology, University of Szeged, Hungary<sup>4</sup>, Institute of Pharmaceutical Chemistry, University of Szeged, Hungary<sup>5</sup>, Institute of Surgical Research Center, University of Szeged, Hungary<sup>6</sup>, Univ. of Pécs, Institute for Transl. Med. & 1st Dep. of Medicine, MTA-SZTE Transl. Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary<sup>7</sup>, Neuroscience Research Group, Biological Research Center, Szeged, Hungary<sup>8</sup>
- 16:56 **ORIGIN OF ALIX POSITIVE EXOSOMES IN THE COLORECTAL ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE**  
Valcz G.<sup>1</sup>, Galamb O.<sup>1</sup>, Krenács T.<sup>2</sup>, Spisák S.<sup>3</sup>, Kalmár A.<sup>4</sup>, Patai Á. V.<sup>4</sup>, Wichmann B.<sup>1</sup>, Dede K.<sup>5</sup>, Tulassay Z.<sup>1</sup>, Molnár B.<sup>1</sup>, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University Budapest & MTA-SE Tumor Progression Research Group, Budapest, Hungary<sup>2</sup>, Department of Medical Oncology, Dana-Farber Cancer Institute, Boston, Massachusetts, USA<sup>3</sup>, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>4</sup>, Uzsoki Teaching Hospital, Department of General Surgery and Surgical Oncology, Budapest, Hungary<sup>5</sup>
- 17:08 **ÖRÖKLETES HASNYÁLMIRIGY-GYULLADÁSRA HAJLAMOSÍTÓ MUTÁCIÓK HATÁSA EGÉR TRIPSZINOGENÉKBEN**  
Németh B.<sup>1</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>1</sup>, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, Boston, MA, USA, 02118<sup>1</sup>
- 17:20 **PRIMARY SENSORY NEURON DESENSITIZATION BY RESINIFERATOXIN INCREASES THE SEVERITY OF L-ORNITHINE-INDUCED ACUTE PANCREATITIS IN RATS**  
Bálint E.<sup>1</sup>, Balla Z.<sup>2</sup>, Molnár A.<sup>1</sup>, Marsollier C.<sup>3</sup>, Marc R.<sup>4</sup>, Hegyi P.<sup>5</sup>, Kiss L.<sup>2</sup>, Helyes Z.<sup>6</sup>, Rakonczay Z.<sup>2</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>, University of Angers, Angers, France<sup>3</sup>, University of Nantes, Nantes, France<sup>4</sup>, Department of Translational Medicine / 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>5</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>6</sup>
- 17:32 **ANALYSING THE EFFECT OF IMIDAZOLINE RECEPTOR LIGANDS ON DSS-INDUCED COLITIS**  
László S.<sup>1</sup>, Fehér Á.<sup>1</sup>, Tóth V.<sup>1</sup>, Simon J.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Szili D.<sup>1</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Zádori Z.<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvárad tér 4. 1089 Budapest, Hungary<sup>1</sup>
- 17:44 **COMPARATIVE MIRNA PROFILING IN PARALLEL COLORECTAL BIOPSY AND PLASMA SPECIMENS**  
Nagy Z.<sup>1</sup>, Wichmann B.<sup>2</sup>, Kalmár A.<sup>1</sup>, Barták B.<sup>1</sup>, Galamb O.<sup>2</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest<sup>2</sup>
- 17:56 **CHARACTERIZATION OF PANCREATIC DUCTAL FLUID AND BICARBONATE SECRETION IN WILD TYPE FERRETS**  
Tóth E.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>1</sup>, Venglovecz V.<sup>2</sup>, Rakonczay Z.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>5</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>3</sup>, MTA-SZTE Momentum Translational Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>4</sup>, Institute for Translational Medicine/1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>5</sup>

2016. június 5. vasárnap  
5 June, Sunday  
18.00 – 19.00

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**ÚJDONSÁGOK AZ IBD KEZELÉSÉBEN**  
**BESZÁMOLÓ A LISSZABONI IBD 12 KONGRESSZUSRÓL**  
**IBD TREATMENT UPDATE – NEWS FROM THE IBD 12 CONGRESS LISBON**  
**FERRING SZIMPÓZIUM / FERRING SYMPOSIUM**

*Üléselnök/Chair:*

**Bene László**, Budapest    **Lakatos Péter**, Budapest    **Molnár Tamás**, Szeged

**IBD KEZELÉSE IDŐSKORÚ ÉS DAGANATOS BETEGEKNÉL**  
*THE TREATMENT OF IBD IN THE ELDERLY AND CANCER PATIENTS*  
Lovász Barbara, Budapest

**ANTI-TNF KEZELÉS. MONOTERÁPIA VAGY KOMBINÁLT KEZELÉS?**  
*MONO- VS. COMBO ANTI- TNF TREATMENT*  
Golovics Petra, Budapest

**METOTREXÁT KEZELÉS**  
*METHOTREXATE: ONT HE RISE?*  
Bor Renáta, Szeged

**SZTEROID KEZELÉS**  
*STEROID TREATMENT OF IBD*  
Bálint Anita, Szeged

**5-ASA KEZELÉS ÚJDONSÁGAI**  
*UC TREATMENT WITH 5-ASA. WHATS NEW?*  
Demeter Pál, Budapest

---

2016. június 5. vasárnap  
5 June, Sunday  
19.00 – 19.30

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**ABBVIE SZIMPÓZIUM / ABBVIE SYMPOSIUM**

*Üléselnök/Chair:*

**Szamosi Tamás**, Budapest

19.00 **ÚJABB ADATOK AZ ADALIMUMAB VALÓS KÖRÜLMÉNYEK KÖZÖTTI HATÁSOSAGÁRÓL COLITIS ULCEROSÁBAN**  
*NEW REAL LIFE DATA ON ADALIMUMAB EFFICACY IN ULCERATIVE COLITIS*  
Lakatos Péter, Budapest

19.20 **COLITIS ULCEROSÁS BETEGEK IGÉNYEI A BIOLÓGIAI TERÁPIA SORÁN**  
*PATIENT NEEDS IN BIOLOGIC THERAPY OF ULCERATIVE COLITIS*  
Farkas Klaudia, Szeged

---

# CÉLZOTT BUDEZONID KEZELÉS A COLITIS ULCEROSA TERÁPIÁJÁBAN

CORTIMENT® 9 mg retard tabletta

  
**CORTIMENT®**  
budezonid



**Kérjük olvassa el figyelmesen a részletes alkalmazási előírást!**

**Cortiment 9 mg retard tabletta.** Egy tabletta 9 mg budezonidot tartalmaz. **Terápiás javallatok:** A Cortiment tabletta remisszió kiváltására javallott enyhe-középsúlyos, aktív colitis ulcerosában (CU) szenvedő betegeknek amennyiben az 5-ASA kezelés nem elegendő.

**Adagolás és alkalmazás:** A remisszió kiváltására javasolt napi adag egy 9 mg-os tabletta reggelente, legfeljebb 8 héten át. **Ellenjavallatok:** Szójaolajjal,ogyoróolajjal, készítmény hatóanyagával vagy a 6.1 pontban felsorolt bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. **Különleges figyelmeztetések és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések:** A Cortiment tablettát körültekintően kell alkalmazni fertőzésekben, hipertóniában, diabetes mellitusban, osteoporosisban, peptikus fekélyben szenvedőkön, glaucomás, vagy cataractás betegeken, és azokon, akiknek családi körülményében diabetes, glaucoma, vagy bármilyen más, olyan állapot szerepel, amelyben a glükokortikoid alkalmazása nem kívánt hatásokat válthat ki. A csökkent májműködés hatással lehet a glükokortikoidok, köztük a budezonid eliminációjára, megnövekedett szisztémás hatást eredményezve. Figyelni kell a szisztémás mellékhatások megjelenésére. A várható szisztémás hatások közé értendő a glaucoma. Ha a kezelést abba kell hagyni, hasznos lehet a kezelőorvos javaslata szerint fokozatosan csökkenteni az adagot. A Cortiment tablettával végzett kezelés alacsonyabb szisztémás szteroid szinteket eredményez, mint a hagyományos, orális glükokortikoid terápia. Az egyéb szteroid terápiairól történő váltás a szisztémás szteroid szintek változásával összefü-

gő tüneteket eredményezhet. Egyes betegek a megvonási szakaszban bizonytalan rosszullétet, pl. izom- és ízületi fájdalmat érezhetnek. Egy általános, elégtelen glükokortikoid hatásra kell gyanakodni, ha ritka esetben tünetként fáradtság, fejfájás, hányinger és hányás lépne fel. Ezekben az esetekben néha szükséges a szisztémásan ható szteroid dózisának átmeneti emelése. Mivel ismert, hogy a kortikoszteroidok immunológiai hatásokkal rendelkeznek, a Cortiment tabletta vakcinákkal történő egyidejű alkalmazása valószínűleg csökkenti a vakcinákra adott immunválaszt. Ketokonazol vagy más hatékony CYP3A4 gátlók egyidejű alkalmazását el kell kerülni. Ha ez nem lehetséges, a kezelések között eltelt időszakra a lehető leghosszabbnak kell lenni és a Cortiment adagjának a csökkentése is megfontolandó. (lásd 4.4 pontban). Nagy mennyiségű grépfrúttól (mely túlnyomórészt a bélnyálkahártyában gátolja a CYP3A4 aktivitását) fogyasztása után, a szájon át adott budezonid szisztémás hatása hozzávetőleg a kétszeresére nőtt. Mint más, elsősorban a CYP3A4 által metabolizált gyógyszerek esetében, a budezonid alkalmazásával egyidejűleg kerülni kell a grépfrút, vagy a levének a fogyasztását (más gyümölcslevek, pl. a narancs-, vagy az almálé nem gátolják a CYP3A4 aktivitását). Lásd még a 4.4 pontban. A Cortiment szójaolajból származó lecitint tartalmaz. Szójjával vagyogyoróval szembeni túlérzékenység esetén ez a gyógyszer nem adható. A Cortiment tabletta laktóz-monohidrátot tartalmaz. Ritkán előforduló, örökletes galaktóz intoleranciában, laktóz-intoleranciában vagy glükóz-galaktóz malabszorpcióban a készítmény nem szedhető. **Termékenység, terhesség és szoptatás:** Az inhalációs budezonid rend-

kül nagy számú terhességben történt alkalmazásáról rendelkezésre álló adatok nem utalnak káros hatásokra. Bár orális alkalmazást követően nincs adat a terhességek kimeneteléről, a biohasznosulás szájon át adva alacsony. A kortikoszteroidok állatkísérletekben, nagy dózisok alkalmazásakor ártalmasnak bizonyultak (lásd 5.3 pont). A Cortiment csak akkor alkalmazható terhesség során, ha a várható előnye a kockázatokkal szemben egyértelműen igazolt. A budezonid kis mennyiségben kiválasztódik az anyatejbe. A budezonid véréből történő, gyors clearance miatt, elméletileg a szoptatót csecsemő expozíciója várhatóan csekély. Azonban nem állnak rendelkezésre adatok. Arról kell döntést hozni, hogy a szoptatást kell-e felfüggeszteni vagy a budezonid kezelést kell megszakítani. A döntés meghozatalakor azt kell mérlegelni, hogy milyen előnnyel jár a szoptatás a gyermekre nézve, illetve hogy milyen előnnyel jár a kezelés az anyára nézve. Emberben nincs adat a Cortiment termékenységre kifejtett hatásáról. Patkányokon végzett budezonid kezelés után fertilitásra kifejtett hatásokat nem figyeltek meg. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** Olykor szisztémás glükokortikoszteroidokra jellemző mellékhatások jelentkezhetnek. Ezek a mellékhatások függenek az adagolástól, a kezelés időtartamától, más glükokortikoszteroidokkal folytatott egyidejű vagy megelőző kezeléstől és az egyéni érzékenységtől. **A szteroidok osztályának mellékhatásai többek között a következők:** A bőr és a bőr alatti szövet betegségei és tünetei: Allergiás bőrkütiés, piros striák, petechiák, ecchymosis, szteroid akné, elhúzódó sebgyógyulás, kontakt dermatitis. A csont- és izomrendszer, valamint a kötőszövet betegségei és tünetei: Aszeptikus csont-

halás (femur- és humerusfej necrosis) **Túladagolás:** A Cortiment tabletta alacsony szisztémás biohasznosulása miatt, a heveny túladagolás várhatóan még rendkívül nagy dózisok esetén sem vezet akut klinikai veszélyhez. Heveny túladagolás esetére nem áll rendelkezésre specifikus ellenszer. A kezelés támogató és tüneti terápiból áll. **Farmakodinámiai tulajdonságok:** Enyhe vagy középsúlyos megbetegedésben az 5-ASA-val történő kezelés az irányadó. A Cortiment és az 5-ASA közvetlen összehasonlításáról eredmények nem állnak rendelkezésre. Így, a terápiás alkalmazásban betöltött helye megállapítandó. Néhány betegnél előnyös lehet a kezelést Cortimenttel kezdeni. **A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY JOGSULTJA:** Ferring Magyarországi Gyógyszerkereskedelmi Kft. 1138 Budapest, Tomori u. 34. Magyarország. **A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY SZÁMA:** OGYI-T-22753/01, 30x, buborékcsoomagolásban. **A forgalomba hozatali engedély első kiadásának dátuma:** 2014. november 19. **A szöveg ellenőrzésének dátuma:** 2015.08.03. **A dokumentum lezárásának időpontja:** 2016. január 21. Cortiment® 9 mg retard tabletta x 30 fogsasztói ára: 29.958,- Ft. Támogatás mértéke: EÜ 90% = 26.962,- Ft. EÜ 90% támogatás melletti térítési díja= 2.996,- Ft.

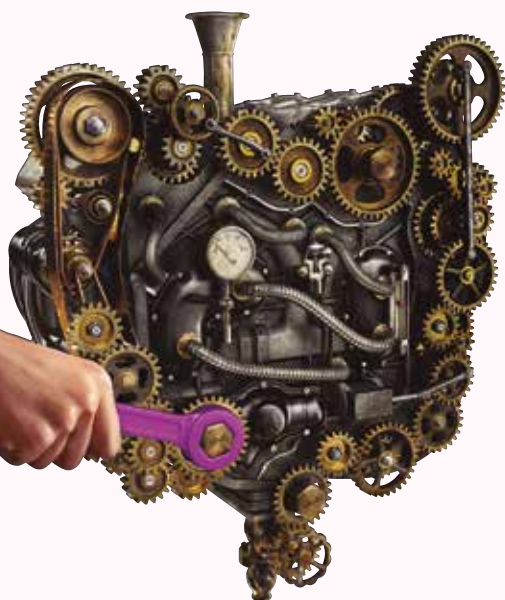
**FERRING**  
PHARMACEUTICALS

**Ferring Magyarországi Kft.**  
1138 Budapest, Tomori utca 34.  
Tel.: 06-1-236 3800, Fax: 06-1-236 3899

# Entyvio® vedolizumab

**Entyvio® 300 mg: az első bél-szelektív biológiai  
terápia Colitis Ulcerosában (CU) vagy Crohn-  
betegségben (CD) szenvedő felnőtt betegeknek<sup>1,2</sup>**

**KEZELJEN CÉLZOTTAN**



## Az első bél-szelektív biológiai terápia<sup>1,2</sup>

- ◆ Klinikai remisszió a UC betegek 42%,  
(8 hetente adagolva, az 52. héten)<sup>1</sup>
- ◆ a CD betegek 39%-ában  
(8 hetente adagolva, az 52. héten)<sup>1</sup>
- ◆ Minden betegnek egyszeri  
300 mg i.v. infúzió a 0., 2. és  
6. héten, majd 8 hetente agolva

### ▼ Entyvio 300 mg por oldatos infúzióhoz való koncentrátumhoz.

**Minőségi és mennyiségi összetétel** 300 mg vedolizumab injekciós üvegenként (feloldás után 60 mg/ml). A vedolizumab egy humanizált IgG<sub>1</sub> monoklonális antitest, amely a humán  $\alpha_4\beta_7$ -integrinhez kötődik, és kínai hörcsög ovarium sejtekben állítják elő. **Terápiás javallatok** Közepes-súlyos aktivitású colitis ulcerosában vagy Crohn-betegségben szenvedő felnőtt betegek kezelése, akiknél hagyományos terápia vagy egy tumornekrózis-faktor-alfa (TNF $\alpha$ ) gátlóval végzett kezelés mellett nem alakult ki megfelelő terápiás válasz, megszűnt a terápiás válasz vagy intolerancia állt fenn. **Adagolás és alkalmazás** A kezelést a colitis ulcerosa és a Crohn-betegség diagnosztizálásában és kezelésében jártas egészségügyi szakembereknek kell megkezdenie és felügyelnie. Az ajánlott adagolási rend 300 mg i.v. infúzióban beadva a 0., a 2., és a 6. héten, majd ezután nyolchetenként. Colitis ulcerosában: ha a 10. hétre sem mutatkozik terápiás előny, a terápia folytatása körültekintően újragondolandó. Crohn-betegségben: akiknél nem mutatkozik terápiás válasz, azoknál előnyös lehet az Entyvio-adag a 10. héten. A kezelésre reagáló betegeknek a 14. héttől nyolchetenként kell folytatni a terápiát. Crohn-betegek esetében nem szabad folytatni a terápiát, ha a 14. hétre sem figyelhető meg terápiás előny. Néhány olyan betegnél, akinél a terápiás válasz csökkenése tapasztalható, előnyös lehet a 300 mg-os adagolás gyakoriságának emelése négyhetenkéntire. A kezelésre reagáló betegeknek a kortikoszteroidok adagja csökkenthető és/vagy adagolásuk elhagyható az ellátási standardnak megfelelően. Ha megszakítják a kezelést, és annak újrakezdése szükséges, mérlegelhető a négyhetenkénti alkalmazás. A kezelés felfüggesztése legfeljebb egy évre terjedt ki a klinikai vizsgálatok során. Ismételt kezelés során visszatért a hatásszűrség anélkül, hogy a nemkívánatos események vagy az infúziós reakciók előfordulása növekedett volna. Biztonságosságát és hatásszűrségét 0-17 éves gyermekek esetében nem igazolták, adatok nem állnak rendelkezésre. Idős betegeknek nincs szükség az adag módosítására, mivel populációs farmakokinetikai elemzések szerint az életkornak nincs hatása. Csökkent máj-, vagy veseműködésű betegeknek nem vizsgálták, ezért számukra nincs adagolási javaslat. Kizárólag i.v. alkalmazásra szolgál. Beadás előtt fel kell oldani, és tovább kell hígítani. Iv. infúzióként, 30 perc alatt kell beadni, közben és utána a betegeket ellenőrizni kell. **Ellenjavallatok** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Súlyos, aktív fertőzések, pl. tuberculosis, sepsis, cytomegalovírus, listeriosis, valamint opportunista fertőzések, pl. progresszív multifocális leukoencephalopathia. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások** Nagyon gyakori ( $\geq 1/10$ ) mellékhatások: nasopharyngitis; fejfájás; arthralgia. Gyakori ( $\geq 1/100$  -  $< 1/10$ ) mellékhatások: bronchitis, gastroenteritis, felsőlégúti fertőzés, influenza, sinusitis, pharyngitis; paraesthesia; hypertensio; oropharyngealis fájdalom, orrdugulás, köhögés; anális tályog és fissúra, hányinger, dyspepsia, obstipatio, haspuffadás, flatulencia, nodi haemorrhoidales; kiütés, pruritus, ekzema, erythema, éjszakai verejtékezés, acné; izomgörcsök, hátfájás, izomgyengeség, fáradtság, végtagfájdalom; láz. Nem gyakori ( $\geq 1/1000$  -  $< 1/100$ ) mellékhatások: légúti fertőzés, vulvovaginalis és orális candidiasis; folliculitis; reakciók az infúzió beadási helyén (köztük fájdalom és irritáció az infúzió beadási helyén), infúziós reakciók, hidegrázás, fázás. Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (Sz). További információkért olvassa el a részletes alkalmazási előírást! **A forgalomba hozatali engedély jogosultja** Takeda Pharma A/S, Dybendal Alle 10, 2630 Taastrup, Dánia **A forgalomba hozatali engedély jogosultjának helyi képviselője** Takeda Pharma Kft. 1138 Budapest, Népfürdő u. 22. Magyarország. **A szöveg ellenőrzésének dátuma** 2015. augusztus 21. **A dokumentum lezárásának időpontja** 2015. szeptember 18.

### Hivatkozások:

1. Entyvio alkalmazási előírás. EU/1/14/923/001. 2. Pedersen J et. al. World J Gastroenterol 2014; 20(7): 64-77.

▼ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jelentsenek bármilyen, feltételezett mellékhatást.



Takeda Pharma Kft. / 1138 Budapest, Népfürdő u. 22. / Magyarország  
T: +36-1-270-7030 / F: +36-1-239-0968 / www.takedahungary.hu

Entyvio®  
vedolizumab

2016. június 5. vasárnap  
5 June, Sunday  
19.30 – 20.15

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

## **TAKEDA SZIMPÓZIUM / TAKEDA SYMPOSIUM**

*Üléselnökök/Chair:* **Molnár Tamás**, Szeged      **Palatka Károly**, Debrecen

### **A HAZAI ÉS NEMZETKÖZI IBD TERÁPIÁS AJÁNLÁSOK ÁTTEKINTÉSE** *REVIEW OF UPDATED INTERNATIONAL AND HUNGARIAN RECOMMENDATIONS ON IBD TREATMENT*

Sarlós Patrícia, Pécs

### **MIKOR LEHET ELŐNYÖSEBB A BÉL SZELEKTÍV HATÁS MINT A SZISZTÉMÁS IMMUNSZUPRESSZIÓ?**

*WHEN IS GUT SELECTIVE IMMUNOSUPPRESSION MORE THAN SYSTEMIC?*

Schäfer Eszter, Budapest; Miheller Pál, Budapest

### **MIBEN VÁLTOZIK A MINDENNAPI TERÁPIÁS GYAKORLAT?**

*HOW WILL THE DAILY ROUTINE BE CHANGED SOON IN THE TREATMENT OF IBD?*

Lakatos Péter, Budapest; Vincze Áron, Pécs

---

2016. június 5. vasárnap  
5 June, Sunday  
20.30

Panoráma terem  
Panorama Hall

## **MGT VEZETŐSÉGI ÜLÉS / GOVERNING BOARD MEETING**

2016. június 6. Hétfő  
6 June, Monday  
8.30 - 9.00

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**KEZELÉSI STRATÉGIÁK: A H2-BLOKKOLÓKTÓL A BIOLÓGIAI TERÁPIÁIG**  
**TREATMENT STRATEGIES: FROM H2RAS TO BIOLOGICAL THERAPY**  
*KÉRI PHARMA SZIMPÓZIUM / KÉRI PHARMA SYMPOSIUM*

*Üléselnök / Chair: Szamosi Tamás, Budapest*

**A FOCI EB JEGYÉBEN: HOL RÚGNAK LABDÁBA (SAVBA) A H2-BLOKKOLÓK A PPI-K MELLETT?**

*IN THE SPIRIT OF THE UEFA EURO 2016: WHERE ARE THE H2RAS ABLE TO KICK THE BALL (THE ACID) NEXT TO THE PPIs?*

Juhász Márk, Budapest

**BIOSZIMILER INFLIXIMAB A MINDENNAPOKBAN: ANNAK LÁTSZIK, VAGY AZ?**

*BIOSIMILAR INFLIXIMAB IN THE EVERY DAY LIFE: DOES IT SEEM TO BE OR IT IS?*

Lakatos Péter, Budapest

2016. június 6. hétfő  
6 June, Monday  
9.00 – 11.00

Toscana I.terem  
Toscana I. Hall

**SÜRGŐSSÉGI, GASZTROENTEROLÓGUS-SEBÉSZ EGYÜTTMŰKÖDÉST  
IGÉNYLŐ ÁLLAPOTOK BÉLBETEGSÉGEKBE**  
*EMERGENCY SITUATIONS IN BOWEL DISEASE – VIEWPOINTS OF SURGEONS  
AND GASTROENTEROLOGISTS*  
FŐTÉMA / MAIN TOPIC

*Moderátor: Molnár Tamás, Szeged*

*Lázár György, Szeged*

9.00 **SZÖVŐDMÉNYES DIVERTICULITIS**

*COMPLICATED DIVERTICULITIS*

Bursics Attila, Budapest, Taller András, Budapest

9.25 **SÚLYOS, FULMINÁNS COLITIS ULCEROSA**

*MANAGEMENT OF FULMINANT ULCERATIVE COLITIS*

Lázár György, Szeged, Molnár Tamás, Szeged

9.50 **SZÖVŐDMÉNYES CROHN BETEGSÉG**

*CROHN'S DISEASE WITH COMPLICATIONS*

Lestár Béla, Budapest, Szamosi Tamás, Budapest

10.15 **SZTENOTIZÁLÓ VAGY PERFORÁLÓ COLORECTALIS RÁK**

*STENOTIZING OR PERFORATING COLORECTAL CANCER*

Damjanovich László, Debrecen, Palatka Károly, Debrecen

10.35 **COLONOSCOPOS SZÖVŐDMÉNYEK ELLÁTÁSA**

*SURGICAL MANAGEMENT OF COLONOSCOPIC COMPLICATIONS*

Paszt Attila, Szeged

10.45 **DISZKUSSZIÓ**

*DISCUSSION*

# Apo-Famotidin

famotidin • 20mg, 40mg



## A bevált megoldás egy **égető** problémára

- hatékony H2 blokkoló alapterápia a GERD kezelésében\*
- ideális kiegészítő terápia PPI alkalmazása mellett is\*\*

\* Apo-Famotidin 20mg, 40mg alkalmazási előirat, [www.ogyi.hu](http://www.ogyi.hu)

\*\* Hidvégi E. A gyomorégés kezelése. Háziorvos Továbbképző Szemle 2014, 19. évfolyam 2. szám

### RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS

#### Apo-Famotidin 20 mg, 40 mg filmtabletták

#### 20 mg illetve 40 mg famotidin filmtablettáinként

**Terápiás javallatok:** Nyombélfekély kezelése; gyomor-bélrendszeri fekély recidíva megelőzése; jóindulatú gyomorfekély kezelése; egyéb, kóros hypersecretióval járó állapotok (pl. Zollinger-Ellison szindróma) kezelése; gastro-oesophagealis refluxbetegség kezelése; általános anaesthesia esetén a savaspiráció (Mendelson-szindróma) megelőzésére.

**Adagolás és alkalmazás:** Akut nyombélfekély kezelésére az ajánlott adag felnőtteknek: naponta 1-szer 40 mg az esti lefekvés előtt, vagy naponta kétszer 20 mg (reggel és este), 4-8 hétig. Nyombélfekély recidíva megelőzésére az ajánlott adagja felnőtteknek naponta 1-szer 20 mg este, 6-12 hónapon keresztül. Jóindulatú gyomorfekély javasolt adagja felnőtteknek naponta 1-szer 40 mg az esti lefekvés előtt, 4-8 hétig. Gastro-oesophagealis refluxbetegség: naponta 2-szer 20 mg, reggel és este, 6-12 hétig. Gastro-oesophagealis reflux következtében kialakult nyelőkőcs erósiók, fekélyek kezelése: naponta 20-40 mg Apo-Famotidin filmtablettát javasolt 12 héten át. Kóros hypersecretióval járó állapotok (pl. Zollinger-Ellison szindróma). Azoknál a betegeknél, akik még nem részesültek előzőleg semmilyen savszekréciót gátló kezelésben, a kezdő adag általában 6 óránként 20 mg Apo-

Famotidin filmtablettát. Ezt követően a dózist egyedileg kell meghatározni, a beteg klinikai állapotától függően. Esetenként magasabb kezdő dózisa is szükség lehet. A kezelést mindaddig folytatni kell, amíg az klinikai szempontból indokolt. Általános anaesthesia esetén a savaspiráció megelőzésére: 40 mg a műtétet megelőző este, vagy a műtét napján, reggel. Súlyos vesekárosodásban csak óvatossággal adható. Amennyiben a kreatinin-clearance <30 ml/perc, és a szérum kreatinin >3 mg/100 ml, a napi adag 20 mg-ra csökkentendő, vagy az adagolási időközök kell növelni (36-48 óra). A készítmény biztonságosságáról és hatásosságáról gyermekek esetén nem áll elegendő adat rendelkezésre. Nem szükséges az Apo-Famotidin filmtablettát adagolását az életkor függvényében módosítani. Az Apo-Famotidin filmtablettát egészben, szétválasztás nélkül, 1 pohár vízzel kell bevenni. A készítmény bevétele étkezéstől független lehet.

**Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Megfigyelések szerint előfordulhat túlérzékenységi keresztreakció az egyes H2 receptor gátló készítmények között. Emiatt az Apo-Famotidin nem alkalmazható olyan betegeknél, akiknek anamnézisében más H2-receptor gátlóval szembeni túlérzékenység szerepel. **Gyakoribb mellékhatások:** Anorexia, fejfájás, szédülés, ízérzés zavara, szájkerekedés, hasmenés, szájszárazság, hányinger és/vagy hányás, gyomor- és bélpanaszok, puffadás,

flatulencia, bőrkürités, viszketés, urticaria, fáradtság.

**Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V).**

**A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** APX Hungary Kft., 4032 Debrecen, Bartha B. u. 7.

**A forgalomba hozatali engedély száma(i):** Apo-Famotidin 20 mg filmtabletták: OGYI-T-5981/01.04 • Apo-Famotidin 40 mg filmtabletták: OGYI-T-5981/05.06.

**Alkalmazás előtt kérjük, bővebb információért olvassa el a gyógyszer részletes alkalmazási előírását!**

**Érvényben lévő alkalmazási előírás dátuma:** 2016.01.21.

A feltüntetett, 2016.05.01-től érvényes árakat a [www.oep.hu](http://www.oep.hu) oldalakon hozzáférhető hivatalos adatok alapján közöltük. Az adatok visszavonásig érvényesek. Ez a tájékoztató anyag orvosok és gyógyszerészek számára készült. Az APX Hungary Kft. nem vállal felelősséget a közölt információk illetéktelen felhasználásából eredő következményekért! **Az anyag lezárásának időpontja:** 2016.04.22.

További információért forduljon a gyógyszer forgalomba hozatali engedély jogosultjához: **APX Hungary Kft., a Kéri Pharma Csoport tagja, 4032 Debrecen, Bartha B. u.**

Készítmény megnevezése	Kiszerezési egység	Bruttó fogyasztói ár (Ft)	Normatív támogatási technika	Normatív támogatásra vonatkozó paraméterek			Közgyógyon kiváltható-e
				Normatív támogatási kategória (%)	Normatív támogatási összeg (Ft)	Térítési díj normatív támogatás esetén (Ft)	
Apo-Famotidin 20mg filmtabletták	30x	655	HFIX	55%	360	295	igen
Apo-Famotidin 20 mg filmtabletták	60x	1310	HFIX	55%	721	589	igen
Apo-Famotidin 40 mg filmtabletták	30x	1087	HFIX	55%	595	492	igen
Apo-Famotidin 40 mg filmtabletták	60x	2165	HFIX	55%	1191	974	igen

2016. június 6. hétfő  
6 June, Monday  
11.05 – 11.35

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**LYNCH SYNDROMA**  
REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE  
*Üléselnök / Chair: Altorjay István, Debrecen*  
Előadó: **Damjanovich László, Debrecen**

2016. június 6. hétfő  
6 June, Monday  
11.40 – 12.10

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**TÁRSSZAKMÁK EGYÜTTMŰKÖDÉSE A NEUROENDOKRIN DAGANATOK  
DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS KEZELÉSÉBEN**  
INTERDISCIPLINARY COOPERATION IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF  
NEUROENDOCRINE TUMORS  
*NOVARTIS SZIMPÓZIUM / NOVARTIS SYMPOSIUM*

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

*Előadók /Speakers:*  
**Gyökeres Tibor, Budapest**                      **Uhlyarik Andrea, Budapest**

2016. június 6. hétfő  
6 June, Monday  
12.20 – 13.20

Toscana I.terem  
Toscana I. Hall

**BOSTON-MICROMEDICAL SZIMPÓZIUM**  
BOSTON-MICROMEDICAL SYMPOSIUM

*Üléselnök/Chair:*  
**Szmola Richárd, Budapest**

**CURRENT AND FUTURE CLINICAL APPLICATIONS OF LUMEN APPOSING METAL STENTS**  
Miranda Perez, Valladoid, Spain

**SPYGLASS CHOLANGIOSCOPY**  
Gregorios A. Paspatis, Greece

**AZ ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG SZEREPE A HASNYÁLMIRIGY BETEGSÉGEK  
DIAGNOSZTIKÁJÁBAN**  
*THE ROLE OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS OF PANCREATIC DISEASES*  
Szmola Richárd, Budapest

**EBÉD / LUNCH**



# HELIPROBE KILÉGZÉSI TESZT

a **HELICOBACTER PYLORI** fertőzés kimutatására

A fertőzés jelenlétét a  $^{14}\text{C}$ -karbamidból a gyomorban keletkező kilehelt széndioxid mennyisége jelzi.

**Gyors, nagyon érzékeny, pontos**

(a vizsgálat eredménye reprodukálható korlátlan számban)

**noninvasív módszer**

(a szervezetet nem terheli, mellékhatás, szövődmény nincs)

**Hívjon! Kérjen ismertetőt!!**

Rendelés és felvilágosítás:

1121 Budapest, Konkoly Thege Miklós út 29-33.

Telefon: Boldog Sándor +36 1 391 0809

Telefax: +36 1 392 2575, +36 1 395 9247

E-mail: [commerce@izotop.hu](mailto:commerce@izotop.hu)

[www.izotop.hu](http://www.izotop.hu)



**IZOTOP**  
IZOTÓP INTÉZET KFT.

# Simply One.

## GI SOLUTIONS

Covidien now has one of the broadest portfolios for visualizing, diagnosing, treating and monitoring abnormalities in the digestive system, providing clinicians with more accurate and efficient diagnostic and therapeutic technologies to achieve better outcomes across the whole care continuum.

### SCREEN



Cytosponge



PillCam®  
ESO Capsule



PillCam®  
SB Capsule



PillCam®  
COLON Capsule



Bravo™ pH  
Monitoring

### DIAGNOSE

### INTERVENTION



Barrx™ Channel  
RFA Endoscopic  
Catheter

BNX™  
System

Barrx™ 360 RFA  
Balloon Catheter

Discover more at [www.covidien.com](http://www.covidien.com)

COVIDIEN, COVIDIEN with logo, Covidien logo and *positive results for life* are U.S. and internationally registered trademarks of Covidien AG. Other brands are trademarks of a Covidien company.

© 2014 Covidien. EU-14-0765-1

Product images are for illustrative purposes only



**COVIDIEN**

*positive results for life*

2016. június 6. hétfő  
6 June, Monday  
13.45 – 14.30

Toscana I.terem  
Toscana I. Hall

**AZ ENDOSZKÓPIA ÚJ CSODÁI; BING ÉS NICE**  
**NEW WONDERS IN ENDOSCOPY: BING AND NICE**  
**ENDOSZKÓPOS SZIMPÓZIUM / ENDOSCOPIC SYMPOSIUM**

*Üléselnök / Chair:*

**Tulassay Zsolt**, Budapest

**Rácz István**, Győr

13:45 **A MEGÍTÉLÉS ALAPJAI**  
*ASSESSMENT RULES*  
Rácz István, Győr

13:50 **A BARRETT OESOPHAGUS VIZSGÁLATA NBI ENDOSZKÓPPAL. A BING KLASSZIFIKÁCIÓ.**  
*EVALUATION OF BARRETT'S ESOPHAGUS WITH NBI. THE BING CLASSIFICATION*  
Mihály Emese, Budapest

14:05 **COLORECTALIS POLYPOK VIZSGÁLATA NBI ENDOSZKÓPPAL. NICE KLASSZIFIKÁCIÓ A NAPI GYAKORLATBAN.**  
*EVALUATION OF COLORECTAL POLYPS WITH NBI. NICE CLASSIFICATION IN EVERY DAY PRACTICE*  
Rácz István, Győr

14:15 **DISZKUSSIÓ, HOZZÁSZÓLÁSOK**  
*DISCUSSION*

2016. június 6. hétfő  
6 June, Monday  
14.30 – 15.40

Toscana I.terem  
Toscana I. Hall

**KAPSZULA ENDOSZKÓPIA (ENDOSZKÓPIA II.)**  
**CAPSULE ENDOSCOPY (ENDOSCOPY II.)**  
**ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS**

*Üléselnök / Chair:*

**Madácsy László**, Székesfehérvár

**Rácz István**, Győr

14:30 **VÉKONYBÉL KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA CROHN-BETEGSÉGBEN**  
Kovács M.<sup>1</sup>, Darvas E.<sup>1</sup>, Szilvás Á.<sup>1</sup>, Székely G.<sup>1</sup>, I.sz.Belgyógyászati- gasztroenterológiai osztály, Szent János és észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest<sup>1</sup>

14:40 **VÉKONYBÉL TUMOROK A KAPSZULÁS VIZSGÁLATOK „TÜKRÉBEN”!**  
Kovács V.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Kiss G.<sup>1</sup>, Csala G.<sup>1</sup>, Regőczy H.<sup>1</sup>, Varga S.<sup>2</sup>, Rácz I.<sup>1</sup>, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr<sup>1</sup>, Patológiai Osztály, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr<sup>2</sup>

14:50 **THE ROLE OF SMALL-BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY AND DEVICE ASSISTED ENTEROSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF SMALL INTESTINAL MALIGNANT TUMORS. A SINGLE CENTER EXPERIENCE.**  
Novák J.<sup>1</sup>, Rácz B.<sup>1</sup>, Crai S.<sup>1</sup>, Vágó A.<sup>1</sup>, Fazekas I.<sup>1</sup>, Szalai L.<sup>1</sup>, Ilyés S.<sup>1</sup>, Bordás L.<sup>1</sup>,Gurzó Z.<sup>2</sup>, Lichtenstein -Zábrák J.<sup>3</sup>, Békés County Central Hospital, Dept. of Gastroenterology, Gyula, Hungary<sup>1</sup>, Endoscopic Labor<sup>2</sup>, Pathology<sup>3</sup>

- 15:00 **OCCULT GASTROINTESTINAL BLEEDING DIAGNOSED BY CAPSULE ENDOSCOPY AND TREATED WITH BALLOON ENTEROSCOPY (CASE REPORT)**  
Lakner L.<sup>1</sup>, Kovács V.<sup>2</sup>, Szalai M.<sup>2</sup>, Rácz I.<sup>2</sup>, Department of Medicine and Gastroenterology, Markusovszky Hospital, Szombathely<sup>1</sup>, Department of Gastroenterology, Petz Aladár County Hospital, Győr<sup>2</sup>
- 15:10 **VISUALISATION OF THE DISTAL ESOPHAGUS DURING SMALL BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY - IS IT POSSIBLE?**  
Szalai M.<sup>1</sup>, Oczella L.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>, Gellért B.<sup>1</sup>, Szepes A.<sup>2</sup>, Endo-Kapszula Endoscopic Laboratory, Székesfehérvár<sup>1</sup>, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét, OMCH Endoscopic Laboratory<sup>2</sup>
- 15:20 **NYELNI VAGY NEM NYELNI – KAPSZULA ENDOSCOPOS VIZSGÁLAT KIVITELEZÉSE ÉS SZÖVŐDMÉNY ELHÁRÍTÁSA EGY IDŐS BETEGÜNK ESETE KAPCSÁN**  
Velkei T.<sup>1</sup>, Dubravcsik Z.<sup>1</sup>, Gyimesi G.<sup>1</sup>, Csőke D.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>, Szepes A.<sup>1</sup>, Gasztroenterológia Osztály és OMCH Kft. Endoscopos Laboratórium, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét<sup>1</sup>
- 15:30 **VÉKONYBÉLVIZSGÁLAT, KÜLÖNBÖZŐ MÓDSZEREKKEL**  
Völgyi Z.<sup>1</sup>, Szenes M.<sup>1</sup>, Méhes R.<sup>2</sup>, Gasztonyi B.<sup>1</sup>, Belgyógyászati Osztály, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg<sup>1</sup>, Sebészeti Osztály, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg<sup>2</sup>

2016. június 6. hétfő  
6 June, Monday  
15.50 – 17.50

Toscana I.terem  
Toscana I. Hall

**ENDOSZKÓPIA III. / ENDOSCOPY III.**  
ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS

*Üléselnök / Chair:*

**Szepes Attila**, Kecsekemét

**Szegedi László**, Nyíregyháza

- 15:50 **HCV ÉS ENDOSZKÓPIA: KI VESZÉLYES KIRE?**  
Makara M.<sup>1</sup>, Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Szent László Kórház telephely, Központi Felőtt Szakrendelő<sup>1</sup>
- 16:00 **ANALYSIS OF PRIMARY FAILURE OF ERCPS IN 2015 AT OUR DEPARTMENT – 86/1130 CASES**  
Gyökeres T.<sup>1</sup>, Scheili E.<sup>1</sup>, Rábai K.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Gastroenterology<sup>1</sup>
- 16:10 **ANALYSIS OF THE OUTCOMES OF THE REFERRED PATIENTS FROM OTHER HOSPITALS AFTER FAILURE OF ERCP**  
Horváth M.<sup>1</sup>, Scheili E.<sup>1</sup>, Rábai K.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Gastroenterology<sup>1</sup>
- 16:20 **EFFICACY OF TREATMENTS ON ENDOSCOPICALLY UNEXTRACTABLE LARGE BILE DUCT STONES**  
Gábor Z.<sup>1</sup>, Péter Ferenc K.<sup>1</sup>, Dóra I.<sup>1</sup>, Emese I.<sup>1</sup>, Zoltán S.<sup>1</sup>, László C.<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem I. számú Belgyógyászati Klinika<sup>1</sup>
- 16:30 **EFFECTIVENESS AND SAFETY OF ESWL ON DIFFICULT COMMON BILE DUCT STONES - REPORT OF EXPERIENCES AFTER 2 YEARS**  
Igaz I.<sup>1</sup>, Theisz J.<sup>1</sup>, Tóth L.<sup>1</sup>, Topa L.<sup>1</sup>, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Gasztroenterológia Profil<sup>1</sup>
- 16:40 SZÜNET

*Üléselnök / Chair:*

**Gyökeres Tibor**, Budapest

**Dubravcsik Zsolt**, Kecskemét

- 16:50 **MASSZA A CHOLEDOCHUSBAN - KÉT RITKA ESET BEMUTATÁSA**  
Gurzó Z.<sup>1</sup>, Bányai T.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>2</sup>, Novák J.<sup>1</sup>, Békés Megyei Központi Kórház Endoszkópos Labor<sup>1</sup>, Békés Megyei Központi Kórház Infektológia<sup>2</sup>
- 17:00 **EFFECTIVITY OF TISSUE SAMPLING DURING ERCP IN BILIARY OBSTRUCTION**  
Vincze Á.<sup>1</sup>, Gódi S.<sup>1</sup>, Pakodi F.<sup>1</sup>, Hegedűs I.<sup>2</sup>, Kálmán E.<sup>2</sup>, First Department of Medicine, University of Pecs<sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Pecs<sup>2</sup>
- 17:10 **A KEFECITOLÓGIAI MINTÁK MIKRO-RNS KIFEJEZŐDÉSÉNEK VIZSGÁLATA; ÚJ ESZKÖZ A PANKREATOBILIÁRIS SZŰKÜLETEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN**  
Szanyi S.<sup>1</sup>, Le N.<sup>2</sup>, Nagy Z.<sup>2</sup>, Burai M.<sup>1</sup>, Tarpay Á.<sup>1</sup>, Pozsár J.<sup>1</sup>, Pap Á.<sup>1</sup>, Mersich T.<sup>3</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, Bak M.<sup>4</sup>, Fillinger J.<sup>4</sup>, Szmola R.<sup>1</sup>, Invazív Gasztroenterológiai Részleg, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>1</sup>, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>2</sup>, Hasi Sebészeti Részleg, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>3</sup>, Citopatológiai Osztály, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>4</sup>
- 17:20 **ENDOSCOPIC PANCREATIC DUCT STENTING IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PANCREATITIS: EFFECTIVENESS AND COMPLICATIONS**  
Topa L.<sup>1</sup>, Igaz I.<sup>1</sup>, Rédei C.<sup>1</sup>, Theisz J.<sup>1</sup>, Tóth L.<sup>1</sup>, Szent Imre Teaching Hospital Dept. of Gastroenterology Budapest<sup>1</sup>
- 17:30 **A TARGET SPECIFIKUS PANKREÁSZ ELLENES ANTITESTEK GYAKORIAK PRIMER SCLEROTIZÁLÓ CHOLANGITISBEN ÉS ÖSSZEFÜGGÉST MUTATNAK A SÚLYOSABB BETEGSÉGLEFOLYÁSSAL**  
Tornai T.<sup>1</sup>, Kovács G.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>1</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>, Kai F.<sup>2</sup>, Dirk R.<sup>3</sup>, Tornai D.<sup>5</sup>, Gary L. N.<sup>6</sup>, Zakera S.<sup>6</sup>, Veres G.<sup>7</sup>, Orosz P.<sup>8</sup>, Lombay ifj. B.<sup>9</sup>, Gervain J.<sup>10</sup>, Pár G.<sup>11</sup>, Pár A.<sup>11</sup>, Lakatos P.<sup>12</sup>, Szalay F.<sup>12</sup>, Antal-Szalmás P.<sup>5</sup>, Papp M.<sup>1</sup>, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Általános Orvostudományi Kar, Debreceni Egyetem<sup>1</sup>, Institute of Experimental Immunology, Euroimmun AG, Luebeck, Germany<sup>2</sup>, Institute of Natural Sciences, Brandenburg University of Technology Cottbus-Senftenberg, Senftenberg, Germany<sup>3</sup>, GA Generic Assays GmbH, Dahlewitz, Germany<sup>4</sup>, Laboratóriumi Medicina Intézet, Általános Orvostudományi Kar, Debreceni Egyetem<sup>5</sup>, Inova Diagnostics, Inc., San Diego, CA, CA 92131<sup>6</sup>, I.sz Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>7</sup>, II.sz Belgyógyászati Osztály, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc<sup>8</sup>, Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Gasztroenterológiai Rehabilitációs Osztály<sup>9</sup>, I. Belgyógyászat/Hepato-Pancreatológia Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár<sup>10</sup>, I.sz Belgyógyászati Klinika, Általános Orvostudományi Kar Pécsi Tudományegyetem<sup>11</sup>, I.sz Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>12</sup>
- 17:40 **CORROSIVE GASTRITIS AND ITS COMPLICATIONS AFTER CHLOROFORM INGESTION**  
Solt J.<sup>1</sup>, Szabó I.<sup>1</sup>, Péterfi Z.<sup>2</sup>, Sarlós P.<sup>1</sup>, Gódi S.<sup>1</sup>, Pakodi F.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Pécs<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Division of Infectology, University of Pécs<sup>2</sup>

2016. június 6 hétfő  
6 June, Monday  
14.30 – 17.30**HASNYÁLMIRIGY / PANCREAS**  
ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS14:30 **Hegyi Péter** (Pécs): Magyar Hasnyálmirigy Munkacsoport (HPSG) 2016 Update**MULTICENTRUMOS KLINIKAI VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEI***Üléselnök / Chair:***Czakó László**, Szeged**Szücs Ákos**, Budapest14:40 **THE CRUCIAL IMPORTANCE OF IAP/APA MANAGEMENT GUIDELINE IN ACUTE PANCREATITIS. VALIDATION STUDY ON PROSPECTIVELY COLLECTED HUNGARIAN DATA.**

Párniczky A.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>2</sup>, Szentesi A.<sup>2,3</sup>, Balázs A.<sup>2</sup>, Szücs Á.<sup>4</sup>, Mosztbacher D.<sup>5</sup>, Czimmer J.<sup>6</sup>, Sarlós P.<sup>6</sup>, Bajor J.<sup>6</sup>, Gódi S.<sup>6</sup>, Vincze Á.<sup>6</sup>, Illés A.<sup>6</sup>, Szabó I.<sup>6</sup>, Pár G.<sup>6</sup>, Takács T.<sup>2</sup>, Czakó L.<sup>2</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Rakonczay Z. Jr.<sup>2,7</sup>, Izbéki F.<sup>8</sup>, Gervain J.<sup>8</sup>, Halász A.<sup>8</sup>, Novák J.<sup>9</sup>, Crai S.<sup>9</sup>, Hritz I.<sup>10</sup>, Góg C.<sup>11</sup>, Sümegi J.<sup>12</sup>, Varga M.<sup>13</sup>, Bod B.<sup>14</sup>, Hamvas J.<sup>15</sup>, Varga-Müller M.<sup>3</sup>, Papp Z.<sup>3</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>16</sup>, Hegyi P.<sup>17,18</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group; Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>3</sup>, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>4</sup>, Department of Pediatrics, Balassa János Hospital of County Tolna, Szekszárd, Hungary<sup>5</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>6</sup>, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Hungary<sup>7</sup>, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár<sup>8</sup>, Pándy Kálmán Hospital of County Békés, Gyula<sup>9</sup>, Bács-Kiskun County University Teaching Hospital, Kecskemét, Hungary<sup>10</sup>, Healthcare Center of County Csongrád, Makó, Hungary<sup>11</sup>, Borsod-Abaúj-Zemplén County Hospital and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary<sup>12</sup>, Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary<sup>13</sup>, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary<sup>14</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary<sup>15</sup>, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston, USA<sup>16</sup>, Institute for Translational Medicine & 1st Department of Medicine, University of Pécs, Hungary<sup>17</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Hungary<sup>18</sup>

14:48 **UPDATED ANALYSIS OF THE MULTICENTER PROSPECTIVE DATA COLLECTION ON PANCREATIC CANCER BY THE HUNGARIAN PANCREATIC STUDY GROUP.**

Lakatos G.<sup>1</sup>, Balázs A.<sup>2</sup>, Kui B.<sup>2</sup>, Gódi S.<sup>3</sup>, Szücs Á.<sup>4</sup>, Szentesi A.<sup>2,5</sup>, Szentkereszty Z.<sup>6</sup>, Szmola R.<sup>7</sup>, Kelemen D.<sup>8</sup>, Papp R.<sup>8</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>, Czimmer J.<sup>3</sup>, Izbéki F.<sup>9</sup>, Halász A.<sup>9</sup>, Leindler L.<sup>10</sup>, Farkas G. Jr.<sup>10</sup>, Takács T.<sup>2</sup>, Czakó L.<sup>2</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>11,12</sup>, Kahán Z.<sup>13</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, Department of Oncology, St. Istvan and St. Laszlo Hospital and Out-Patient Department, Budapest<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>2</sup>, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>3</sup>, First Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest<sup>4</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>5</sup>, Institute of Surgery, Clinical Center, University of Debrecen, Debrecen<sup>6</sup>, Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest<sup>7</sup>, Department of Surgery, University of Pécs, Pécs<sup>8</sup>, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár<sup>9</sup>, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged<sup>10</sup>, Institute for Translational Medicine & 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>11</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged<sup>12</sup>, Department of Oncotherapy, University of Szeged, Szeged<sup>13</sup>

14:56 **CLINICAL PRACTICE IN ACUTE PANCREATITIS IN A PROSPECTIVELY COLLECTED PEDIATRIC COHORT.**

Lásztity N.<sup>1</sup>, Párniczky A.<sup>1</sup>, Mosztbacher D.<sup>2</sup>, Tóth A.<sup>3</sup>, Demcsák A.<sup>3</sup>, Németh B.<sup>4</sup>, Szentesi A.<sup>4,13</sup>, Tóth G.<sup>2</sup>, Szücs D.<sup>3</sup>, Vass N.<sup>3</sup>, Bereczki C.<sup>3</sup>, Ila V.<sup>5</sup>, Czelez J.<sup>6</sup>, Andorka C.<sup>7</sup>, Veres G.<sup>7</sup>, Guthy I.<sup>8</sup>, Tokodi I.<sup>9</sup>, Gárdos L.<sup>10</sup>, Tomsits E.<sup>11</sup>, Tárnok A.<sup>12</sup>, Hegyi P.<sup>13,14</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatic Study

Group Heim Pál Children's Hospital, Budapest<sup>1</sup>, Department of Pediatrics, János Balassa County Hospital, Szekszárd<sup>2</sup>, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, University of Szeged, Szeged<sup>3</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>4</sup>, Department of Pediatrics, Dr.Kenessey Albert Hospital, Balassagyarmat<sup>5</sup>, Bethesda Children's Hospital, Budapest<sup>6</sup>, First Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, Semmelweis University, Budapest<sup>7</sup>, Szabolcs-Szatmár-Bereg County Hospitals, Jóna András University Teaching Hospital, Nyíregyháza<sup>8</sup>, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár<sup>9</sup>, Department of Pediatrics, Zala County Hospitals, Zalaegerszeg<sup>10</sup>, Second Department of Pediatrics and Pediatric Health Care Center, Semmelweis University, Budapest<sup>11</sup>, Department of Pediatrics and Pediatric Health Care Center, University of Pécs, Pécs<sup>12</sup>, Institute for Translational Medicine & 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>13</sup>, Hungarian Academy of Sciences – University of Szeged Translational Gastroenterology Research Group, Szeged<sup>14</sup>

**15:04 DIAGNOSIS, MANAGEMENT AND CLINICAL OUTCOME OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS IN HUNGARY – NATIONWIDE, MULTICENTER, RETROSPECTIVE ANALYSIS**

Halász A.<sup>1</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Gervain J.<sup>1</sup>, Hamvas J.<sup>2</sup>, Takács R.<sup>2</sup>, Takács T.<sup>3</sup>, Szepes Z.<sup>3</sup>, Varga M.<sup>4</sup>, Csefkó K.<sup>4</sup>, Czakó L.<sup>3</sup>, Novák J.<sup>5</sup>, Szepes A.<sup>6</sup>, Czimmer J.<sup>7</sup>, Sümegi J.<sup>8</sup>, Vincze Á.<sup>7</sup>, Sarlós P.<sup>7</sup>, Szabó I.<sup>7</sup>, Illés A.<sup>7</sup>, Bajor J.<sup>7</sup>, Gódi S.<sup>7</sup>, Szentesi A.<sup>3,9</sup>, Kui B.<sup>3</sup>, Párniczky A.<sup>10</sup>, Hegyi P.<sup>7,9,11</sup>, Hritz I.<sup>6</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatis Study Group; St. George University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár<sup>1</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest<sup>2</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>3</sup>, Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba<sup>4</sup>, Pándy Kálmán Hospital of County Békés, Gyula<sup>5</sup>, Bács-Kiskun County University Teaching Hospital, Kecskemét<sup>6</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>7</sup>, University Teaching Hospital of County Borsod- Abaúj- Zemplén, Miskolc<sup>8</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>9</sup>, Heim Pál Children's Hospital, Budapest<sup>10</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged<sup>11</sup>

**15:12 AUDIT: MANAGEMENT OF PANCREATIC CANCER IN HUNGARY**

Illés D.<sup>1</sup>, Erdős K.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Zsóri G.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, ifj. Farkas G.<sup>2</sup>, Kahán Z.<sup>3</sup>, Vincze Á.<sup>4</sup>, Czimmer J.<sup>4</sup>, Pár G.<sup>4</sup>, Sarlós P.<sup>4</sup>, Kelemen D.<sup>5</sup>, Papp R.<sup>5</sup>, Izbéki F.<sup>6</sup>, Halász A.<sup>6</sup>, Papp M.<sup>7</sup>, Kovács G.<sup>7</sup>, Szücs Á.<sup>8</sup>, Marjai T.<sup>8</sup>, Szmola R.<sup>9</sup>, Novák J.<sup>10</sup>, Szentkereszt Z.<sup>11</sup>, Csiszkó A.<sup>11</sup>, Varga M.<sup>12</sup>, Hegyi P.<sup>13,14</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>, SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged<sup>1</sup>, SZTE Sebészeti Klinika, Szeged<sup>2</sup>, SZTE Onkoterápiás Klinika, Szeged<sup>3</sup>, PTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs<sup>4</sup>, PTE Sebészeti Klinika, Pécs<sup>5</sup>, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár<sup>6</sup>, DE KK II. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>7</sup>, SE I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest<sup>8</sup>, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>9</sup>, Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Gyula<sup>10</sup>, DE KK Sebészeti Intézet, Debrecen<sup>11</sup>, Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet, Békéscsaba<sup>12</sup>, PTE Transzlációs Medicina Intézet és I. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>13</sup>, MTA-SZTE Lendület Gasztroenterológiai Multidiszciplináris Kutatócsoport<sup>14</sup>

**15:20 SEVERE HYPERTRIGLYCERIDAEMIA SIGNIFICANTLY INCREASES THE RISK OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS**

Bodor G.<sup>1</sup>, Párniczky A.<sup>2</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>3</sup>, Izbéki F.<sup>4</sup>, Halász A.<sup>4</sup>, Hamvas J.<sup>5</sup>, Takács R.<sup>5</sup>, Góg C.<sup>6</sup>, Bod B.<sup>7</sup>, Vincze Á.<sup>8</sup>, Hegyi P.<sup>3,8,9</sup>, Németh B.<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary<sup>2</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>3</sup>, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary<sup>4</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary<sup>5</sup>, Healthcare Center of County Csongrád, Makó, Hungary<sup>6</sup>, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary<sup>7</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>8</sup>, MTA-SZTE Momentum Translational Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary<sup>9</sup>

**15:28 SZÜNET**

**NASOGASTRIKUS TÁPLÁLÁS***Üléselnök / Chair:***Izbéki Ferenc, Székesfehérvár****Vincze Áron, Pécs****15:40 JEJUNAL OR NASOGASTRIC ENTERAL FEEDING IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS. EVIDENCE BASED MEDICINE OR LIMITED HUMAN RESOURCES?**Pap Á.<sup>1</sup>, Gastroenterologia, Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár<sup>1</sup>**15:48 ENTERAL FEEDING IS BENEFICIAL COMPARISON TO NIL PER OS DIET IN MILD AND MODERATE ACUTE PANCREATITIS**Márta K.<sup>1</sup>, Farkas N.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>1</sup>, Institute of Bioanalysis, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>2</sup>**15:56 NASOGASTRIC FEEDING IS A SAFE, USEFUL AND WELL TOLERATED NUTRITIONAL METHOD IN ALL FORMS OF ACUTE PANCREATITIS**Gódi S.<sup>1</sup>, Bajor J.<sup>2</sup>, Czimmer J.<sup>2</sup>, Hagendorn R.<sup>2</sup>, Pár G.<sup>2</sup>, Pakodi F.<sup>2</sup>, Párniczky A.<sup>3</sup>, Sarlós P.<sup>2</sup>, Szabó I.<sup>2</sup>, Vincze Á.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, Division of Translational Medicine, University of Pécs<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, Division of Gastroenterology, University of Pécs<sup>2</sup>, Gastroenterology Department, Heim Pál Children's Hospital, Budapest<sup>3</sup>**NEMZETKÖZI KLINIKAI PROSPEKTÍV VIZSGÁLATOK: UPDATE***Üléselnök / Chair:* **Veres Gábor, Budapest****Pap Ákos, Kaposvár****16:04 DIAGNOSTIC PRACTICE IN PEDIATRIC PANCREATITIS. A MULTICENTRE REGISTERED CLINICAL TRIAL (PINEAPPLE-R - PAIN IN EARLY PHASE OF PEDIATRIC PANCREATITIS)**Mosztbacher D.<sup>1</sup>, Párniczky A.<sup>2</sup>, Zsoldos F.<sup>2</sup>, Tóth A.<sup>3</sup>, Demcsák A.<sup>3</sup>, Ila V.<sup>4</sup>, Abu El Haija M.<sup>5</sup>, Szabó F.<sup>5</sup>, Tokodi I.<sup>6</sup>, Bakó K.<sup>7</sup>, Fehér B.<sup>7</sup>, Tóth G.<sup>1</sup>, Bereczki C.<sup>3</sup>, Lásztity N.<sup>2</sup>, Bognár Zs.<sup>2</sup>, Decsi T.<sup>8</sup>, Guthy I.<sup>9</sup>, Szentesi A.<sup>10,11</sup>, Hegyi P.<sup>11,12</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, János Balassa County Hospital, Department of Pediatrics, Hungary<sup>1</sup>, Heim Pál Children's Hospital, Hungary<sup>2</sup>, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, University of Szeged, Hungary<sup>3</sup>, Dr. Kenessey Albert Hospital, Department of Pediatrics, Balassagyarmat, Hungary<sup>4</sup>, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, United States<sup>5</sup>, Department of Pediatrics, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary<sup>6</sup>, Department of Pediatrics, University of Debrecen, Hungary<sup>7</sup>, Department of Pediatrics, University of Pécs, Hungary<sup>8</sup>, Szabolcs-Szatmár-Bereg County Hospitals, Jósa András University Teaching Hospital, Nyíregyháza, Hungary<sup>9</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary<sup>10</sup>, Institute for Translational Medicine & 1st Department of Medicine, University of Pécs, Hungary<sup>11</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary<sup>12</sup>**16:12 PROTOCOL AND EARLY RESULTS OF A PROSPECTIVE CLINICAL TRIAL IN PEDIATRIC PANCREATITIS (PINEAPPLE-P - PAIN IN THE EARLY PHASE OF PEDIATRIC PANCREATITIS)**Demcsák A.<sup>1</sup>, Mosztbacher D.<sup>2</sup>, Párniczky A.<sup>3</sup>, Zsoldos F.<sup>3</sup>, Tóth A.<sup>1</sup>, Ila V.<sup>4</sup>, Tóth G.<sup>2</sup>, Bereczki C.<sup>1</sup>, Bognár Z.<sup>3</sup>, Lásztity N.<sup>3</sup>, Kadenczki O.<sup>5</sup>, Szentesi A.<sup>6,7</sup>, Hegyi P.<sup>6,8,9</sup>, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group; Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>1</sup>, Department of Pediatrics, János Balassa County Hospital, Szekszárd<sup>2</sup>, Heim Pál Children's Hospital, Budapest<sup>3</sup>, Department of Pediatrics, Dr. Kenessey Albert Hospital, Balassagyarmat<sup>4</sup>, Department of Pediatrics, University of Debrecen, Debrecen<sup>5</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>6</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>7</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>8</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged<sup>9</sup>



- 16:20 CURRENT STATUS OF THE PREPAST TRIAL (PREVENTIVE PANCREATIC STENTS IN THE MANAGEMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS)**  
Dubravcsik Z.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>2</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>, Szepes Z.<sup>4</sup>, Hegyi P.<sup>3,5,6</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Szepes A.<sup>1</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group; Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét<sup>1</sup>, Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest<sup>2</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>3</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>4</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs<sup>5</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged<sup>6</sup>
- 16:28 EARLY ACHIEVABLE SEVERITY INDEX IN ACUTE PANCREATITIS**  
Kui B.<sup>1</sup>, Németh B.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>1,2</sup>, Czimmer J.<sup>3</sup>, Sarlós P.<sup>3</sup>, Bajor J.<sup>3</sup>, Gódi S.<sup>3</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>, Illés A.<sup>3</sup>, Szabó I.<sup>3</sup>, Pár G.<sup>3</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>4</sup>, Hegyi P.<sup>2,3,4</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, First Department of Medicine University of Szeged<sup>1</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs<sup>2</sup>, First Department of Medicine, University of Pécs<sup>3</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged<sup>4</sup>
- 16:36 EARLY GENETIC RESULTS FROM A MULTINATIONAL PROSPECTIVE CLINICAL TRIAL ON PEDIATRIC PANCREATITIS (APPLE)**  
Párniczky A.<sup>1</sup>, Németh B.<sup>2</sup>, Mosztabacher D.<sup>3</sup>, Tóth A.<sup>4</sup>, Demcsák A.<sup>4</sup>, Lásztity N.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>2</sup>, Tóth G.<sup>3</sup>, Szűcs D.<sup>4</sup>, Vass N.<sup>4</sup>, Ila V.<sup>5</sup>, Czelecz J.<sup>6</sup>, Andorka C.<sup>7</sup>, Veres G.<sup>7</sup>, Guthy I.<sup>8</sup>, Tokodi I.<sup>9</sup>, Gárdos L.<sup>10</sup>, Tomsits E.<sup>11</sup>, Vass I.<sup>12</sup>, Tárnok A.<sup>12</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>13</sup>, Hegyi P.<sup>14,15</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group; Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Department of Pediatrics, János Balassa County Hospital, Szekszárd, Hungary<sup>3</sup>, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, University of Szeged, Hungary<sup>4</sup>, Department of Pediatrics, Dr. Kenessey Albert Hospital, Balassagyarmat, Hungary<sup>5</sup>, Bethesda Children's Hospital, Budapest, Hungary<sup>6</sup>, First Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>7</sup>, Szabolcs-Szatmár-Bereg County Hospitals, Jósa András University Teaching Hospital, Nyíregyháza, Hungary<sup>8</sup>, Department of Pediatrics, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary<sup>9</sup>, Department of Pediatrics, Zala County Hospital, Zalaegerszeg, Hungary<sup>10</sup>, Second Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>11</sup>, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, University of Pécs, Hungary<sup>12</sup>, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston, USA<sup>13</sup>, Institute for Translational Medicine & 1st Department of Medicine, University of Pécs, Hungary<sup>14</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged<sup>15</sup>

### KLINIKAI VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEI

*Üléselnök / Chair:* **Lakatos Gábor**, Budapest

**Hritz István**, Kecskemét

- 16:44 RUTIN VAGY SZELEKTÁLT INTRAOPERATÍV CHOLANGIOGRAPHIA? KEZELÉSI STRATÉGIA 4098 ELEKTÍV CHOLECYSTECTOMIA ÉS 470 PREOPERATÍV ERCP KAPCSÁN**  
Ábrahám S.<sup>1</sup>, Tajti J.<sup>1</sup>, Borda B.<sup>1</sup>, Paszt A.<sup>1</sup>, Simonka Z.<sup>1</sup>, Tóth I.<sup>1</sup>, András L.<sup>1</sup>, Libor L.<sup>1</sup>, Pieler J.<sup>1</sup>, Leprán Á.<sup>1</sup>, Kovács V.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Czakó L.<sup>2</sup>, Takács T.<sup>2</sup>, Lázár G.<sup>1</sup>, Sebészeti Klinika SZTE ÁOK<sup>1</sup>, 1. sz. Belgyógyászati Klinika SZTE ÁOK<sup>2</sup>
- 16:52 JÓINDULATÚ EPEÚTI SZŰKÜLETEK ÚJSZERŰ KEZELÉSE PERKUTÁN MÓDSZERREL**  
Szűcs Á.<sup>1</sup>, Huszár O.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Dudás I.<sup>2</sup>, Rudas G.<sup>3</sup>, Tihanyi T.<sup>1</sup>, Harsányi L.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, I.sz. Sebészeti Klinika<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem, MR Kutatóközpont<sup>3</sup>

**17:00 CHANGES OF A1-ANTITRYPSIN (AT) INDEXES IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS (CP) ON TREATMENT USING L-ARGININ L-GLUTAMATE (GLUTARGIN) MEDICATION**

Szircsák E.<sup>1</sup>, Kurcsák N.<sup>2</sup>, Ungvári nemzeti egyetem, Orvosi kar, Belgyógyászati tanszék<sup>1</sup>, Ungvári nemzeti egyetem, Orvosi kar, Belgyógyászati tanszék<sup>2</sup>

**17:08 ÚJ BIOMARKEREK (RDW, NEU/LY ARÁNY) ACUT PANCREATITISBEN**

Sándor S.<sup>1</sup>, Liebe R.<sup>2</sup>, Patai Á. V.<sup>3</sup>, Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, Marosvásárhely, Hallgató<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Budapest, Hallgató<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest, Klinikai Orvos<sup>3</sup>



2016. június 6. hétfő  
6 June, Monday  
14.30 – 15.40

Marbella terem  
Marbella Hall

**ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG / ENDOSCOPIC ULTRASOUND  
ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS**

*Üléselnökök / Chairs:*

**Czakó László, Szeged      Hamvas József, Budapest  
Szepes Attila, Kecskemét      Szepes Zoltán, Szeged**

**14:30 ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION FOR THE DIAGNOSIS OF SOLID PANCREATIC CANCERS**

Bor R.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Milassin Á.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szűcs M.<sup>3</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, Hamar S.<sup>2</sup>, Kaiser L.<sup>2</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>3</sup>

**14:40 EFFICIENCY OF STYLET CAPILLARY SUCTION AND STANDARD SUCTION TECHNIQUE OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION (EUS-FNA) IN SOFT, VASCULARIZED AND HARD, FIBROTIC TUMORS – A PROSPECTIVE COMPARISON STUDY**

Szepes Z.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Milassin Á.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Hamar S.<sup>2</sup>, Kaiser L.<sup>2</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>

**14:50 A SZOLID HASNYÁLMIRIGY TERIMÉK VIZSGÁLATA ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG SEGÍTSÉGÉVEL, KÉT ÉV EREDMÉNYEI**

Szanyi S.<sup>1</sup>, Tarpay Á.<sup>1</sup>, Szpiszár T.<sup>1</sup>, Burai M.<sup>1</sup>, Pozsár J.<sup>1</sup>, Mersich T.<sup>2</sup>, Bak M.<sup>3</sup>, Fillinger J.<sup>3</sup>, Szmola R.<sup>1</sup>, Invazív Gasztroenterológiai Részleg, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>1</sup>, Hasi Sebészeti Részleg, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>2</sup>, Citopatológiai Osztály, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>3</sup>

- 15:00 **ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE-NEEDLE ASPIRATION - A PATHOLOGIST'S PERSPECTIVE**  
Vasas B.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>2</sup>, Hamar S.<sup>1</sup>, Kaizer L.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>2</sup>, Czakó L.<sup>2</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Tiszlavicz L.<sup>1</sup>, University of Szeged, Department of Pathology<sup>1</sup>, University of Szeged, 1st Department of Medicine<sup>2</sup>
- 15:10 **THE ROLE OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS OF PANCREATIC CYSTIC LESIONS**  
Ivány E.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Zsóri G.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>, First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>1</sup>
- 15:20 **ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED DRAINAGE OF PANCREATIC FLUID COLLECTIONS: 3-YEARS EXPERIENCES**  
Topa L.<sup>1</sup>, Rédei C.<sup>1</sup>, Igaz I.<sup>1</sup>, Theisz J.<sup>1</sup>, Tóth L.<sup>1</sup>, Szent Imre Teaching Hospital Dept. of Gastroenterology Budapest<sup>1</sup>
- 15:30 **EFFICACY OF EUS FNA IN THE PANCREATIC TUMOURS. EVERY DAY ROUTINE IN THE MIRROR OF IDEAL CONDITIONS**  
Hamvas J.<sup>1</sup>, Takács R.<sup>1</sup>, Sápi P.<sup>1</sup>, Bajcsy Zsilinszky Kórház Gastroenterológia, Pathológia<sup>1</sup>

2016. június 6. hétfő  
 6 June, Monday  
 16.00 – 17.50

Marbella terem  
 Marbella Hall

**ONKOLÓGIA / ONCOLOGY**  
 ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS

*Üléselnök / Chair:*

**Schwaab Richárd**, Budapest      **Tihanyi Balázs**, Budapest

- 16:00 **NEUROENDOKRIN TUMOROK KÓRHÁZUNKBAN**  
Balla E.<sup>1</sup>, Csefkó K.<sup>1</sup>, Pink T.<sup>1</sup>, Gaál A.<sup>1</sup>, Csintalan Z.<sup>1</sup>, Pepa K.<sup>1</sup>, Bodor A.<sup>2</sup>, Varga M.<sup>1</sup>, Gasztroenterológia, dr. Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet, Békéscsaba<sup>1</sup>, Patológia, dr. Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet, Békéscsaba<sup>2</sup>
- 16:15 **COMPARISON OF MANUAL AND AUTOMATED SAMPLE PREPARATION FOR SEPTIN9 ANALYSIS**  
Barták B.<sup>1</sup>, Kalmár A.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>1</sup>, Wichmann B.<sup>2</sup>, Tóth K.<sup>1</sup>, Galamb O.<sup>1</sup>, Patai Á. V.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest<sup>2</sup>
- 16:30 **KLATSKIN TUMOROS BETEGÜNK ESETE - EGY SIKERESEN KEZELT VAGY VISZONYLAG BENIGNUS KÓRFORMA**  
Káposztás Z.<sup>1</sup>, Szabó E.<sup>2</sup>, Szmola R.<sup>2</sup>, Dubóczki Z.<sup>2</sup>, Oláh T.<sup>1</sup>, Pap Á.<sup>1</sup>, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház<sup>1</sup>, Országos Onkológiai Intézet<sup>2</sup>
- 16:45 **DRIVER MUTATIONS IN COLORECTAL - PANCREATIC - AND GASTRIC CANCERS: ANALYSIS OF 375 CASES AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS**  
Kohánka A.<sup>1</sup>, Bodoky G.<sup>2</sup>, Kopper L.<sup>3</sup>, Peták I.<sup>1</sup>, Schwab R.<sup>1</sup>, Oncompass Medicine Corp.<sup>1</sup>, St Laszlo & Istvan Hospital and Semmelweis University<sup>2</sup>, 1st Department of Pathology<sup>3</sup>
- 17:00 **A GASTRO ONKOTEAM MŰKÖDÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK**  
Rác F.<sup>1</sup>, Dandé G.<sup>1</sup>, Vén L.<sup>1</sup>, Szegedi L.<sup>1</sup>, Jósa András Oktatókórház Nyíregyháza I. Belgyógyászati Osztály - Gastroenterológia<sup>1</sup>

**17:15 HEPATOCELLULAR CARCINOMA (HCC) WITH PORTAL VEIN THROMBOSIS AFTER SUCCESSFUL HCV ERADICATION. REPORT ON TWO CASES**

László Sz.<sup>1</sup>, Folhoffer A.<sup>1</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Krolopp A.<sup>1</sup>, Szalay F.<sup>1</sup>,

**17:30 DIAGNOSTIC DIFFICULTIES. REPORT OF TWO CASES OF RARE PANCREATIC TUMORS**

Marjai T.<sup>1</sup>, Tihanyi B.<sup>1</sup>, Nehéz L.<sup>1</sup>, Harsányi L.<sup>1</sup>, Tihanyi T.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika

**17:45 DISZKUSSZIÓ**

---

2016. június 6. hétfő  
6 June, Monday  
18.00 – 19.00

Toscana I.terem  
Toscana I. Hall

**RICHTER GEDEON SZIMPÓZIUM /  
RICHTER GEDEON SYMPOSIUM**

*Üléselnökök/Chair:* **Hersényi László**, Budapest

**A HISTAMINRECEPTOROK ÉS BLOKKOLÁSUK KARDIOLÓGIAI JELENTŐSÉGE**

Altörjay István, Debrecen

---

# Quamatel<sup>®</sup>

(famotidin)

Célbalőni..., a kérdés, hogy

MIRE és MIVEL?



RICHTER GEDEON

1103 Budapest, Gyömrői út 19-21. Kardiológiai Marketing Osztály: 431 5726 [www.richter.hu](http://www.richter.hu)  
Gyógyszerbiztonsági Osztály: 505 7032 [drugsafety@richter.hu](mailto:drugsafety@richter.hu)

**Quamatel 20mg, illetve 40mg filmtabletta. Hatóanyag:** 20 mg, illetve 40 mg famotidin tablettánként. **ATC A02BA03 Terápiás javallatok:** Nyombélfekély, jóindulatú gyomorfekély, gastrooesophagealis reflux betegség, egyéb gyomorsav túltermeléssel járó megbetegedések (pl. Zollinger-Ellison szindróma), gyomor- bélrendszeri fekélyrecidíva megelőzése, általános anaesthesia esetén a savaspiráció (Mendelson szindróma) megelőzése. **Adagolás és alkalmazás:** Nyombélfekély: 1x40 mg/nap vagy 2x20 mg/nap 4-8 hétig, jóindulatú gyomorfekély: 1x40 mg/nap 4-8 hétig, gastrooesophagealis reflux betegség: 2x20 mg/nap 6-12 hétig, amennyiben oesophagitis is fennáll 20-40 mg/nap 12 hétig, egyéb gyomorsav túltermeléssel járó megbetegedések (pl. Zollinger-Ellison szindróma): kezdetben 4x20 mg/nap, ezután az adagolást egyénileg kell beállítani, gyomor- bélrendszeri fekélyrecidíva megelőzése: 1x20 mg/nap, általános anaesthesia esetén a savaspiráció (Mendelson szindróma) megelőzése: 1x40 mg műtét előtt. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely más segédanyagával szembeni túlérzékenység. Gyermekek, terhesség és szoptatás (elegendő klinikai tapasztalat hiányában). **Különleges betegcsoportok:** **Vesekárosodás:** Mivel a famotidin elsődlegesen a vesén keresztül választódik ki, ezért súlyos vesekárosodásban csak óvatossággal adható. **Májkárosodás:** Fokozott elővigyázatossággal, az adag csökkentésével alkalmazható. **Idős emberek:** Nem szükséges a Quamatel filmtabletta adagolását az életkor függvényében módosítani. **Mellékhatások:** (Ritka) fejfájás, szédülés, hasmenés székrekedés. **Figyelmeztetés:** Gastrointesztinális traktus malignus elváltozásait ki kell zárni a kezelés megkezdése előtt, más H2 receptor blokkolóval keresztérzékenység előfordulhat, laktózt tartalmaz. **Kölcsönhatás:** A gyomor savtartalma által befolyásolt reszorpciójú gyógyszerek (ketokonazol), antacidák, a famotidin nem befolyásolja a citokrom P-450 enzimrendszert. **Rendelhetőség:** Csak vényre kiadható gyógyszer. **Teljes ár / TB támogatás / Beteg fizet:** 20 mg 28x 740 Ft / 286 Ft / 454 Ft; 20 mg 60x 1546 Ft / 612 Ft / 934 Ft; 40 mg 14x 608 Ft / 236 Ft / 372 Ft; 40 mg 30x 1295 Ft / 506 Ft / 789 Ft. 2016. április 01-től érvényes árak. Az esetleges változások a [www.oep.hu](http://www.oep.hu) honlapon tekinthetők meg. **Forgalombahozatali engedély száma:** OGYI-T-3848/01-02, OGYI-T-3848/03-04. **A forgalombahozatali engedély első kiadásának / megújításának dátuma:** 1992. 12. 10. / 2002. 09. 11. **A szöveg ellenőrzésének dátuma:** 2014. augusztus 02. **Alkalmazás előtt olvassa el a részletes alkalmazási előíratot:** [www.ogyei.gov.hu](http://www.ogyei.gov.hu). **Nyilvántartási szám:** 21810-1/41/07, 21765/41/07, 21776/41/07, 32068-9/41/07, 16988/55/07, 16958/55/07. Lezárás dátuma: 2016.05.04.

2016. június 7. kedd  
7 June, Tuesday  
8.00 – 8.30

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

---

**POSZTEREK ELHELYEZÉSE / MOUNTING OF POSTERS**

---

2016. június 7. kedd  
7 June, Tuesday  
8.30 – 9.00

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**KPS SZIMPÓZIUM / KPS SYMPOSIUM**

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

**Schwab Richárd**, Budapest

**GASZTROENTEROLÓGUSOK SZEREPE A PRECÍZIÓS ONKOLÓGIAI BETEGÚT  
MENDZSMENTBEN**

*THE ROLE OF GASTROENTEROLOGISTS IN CANCER PATIENT MANAGEMENT IN THE ERA OF  
PRECISION ONCOLOGY.*

Bánki Endre, Budapest

---

2016. június 7. kedd  
7 June, Tuesday  
9.00 – 11.00

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**AZ AKUT FELSŐ GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZÉSEK  
DIAGNOSZTIKÁJÁNAK ÉS TERÁPIÁJÁNAK ÚJABB SZEMPONTJAI**  
*RESENT ASPECTS OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT IN ACUTE UPPER  
GASTROINTESTINAL BLEEDINGS*  
FŐTÉMA / MAIN TOPIC

Moderátor: **Rácz István**, Győr

**Szepes Attila**, Kecskemét

9.00 **BEVEZETŐ; AZ ESGE GUIDELINE**  
*INTRODUCTION; ESGE GUIDELINE*  
Rácz István, Győr

9.05 **A VÉRZŐ BETEGEK ÉSZLELÉSE, STABILIZÁLÁSA**  
*ASSESSMENT AND STABILISATION OF HEMODYNAMIC STATUS*  
Vincze Áron, Pécs

9.20 **PRE-ENDOSZKÓPOS GYÓGYSZERELÉS**  
*PRE-ENDOSCOPIC MEDICAL TREATMENT*  
Szalai Milán, Győr

9.35 **ENDOSZKÓPOS DIAGNÓZIS**  
*ENDOSCOPIC DIAGNOSIS*  
Gódi Szilárd, Pécs

- 9.50 **ENDOSZKÓPOS VÉRZÉSCSILLAPÍTÁS**  
*ENDOSCOPIC HAEMOSTASIS*  
Szepes Attila, Kecskemét
- 10.05 **KEZELÉS ÉS TEENDŐK AZ ENDOSZKÓPIA UTÁN**  
*TREATMENT AND ACTIVITY FOLLOWING ENDOSCOPY*  
Dubravcsik Zsolt, Kecskemét
- 10.20 **VARIX VÉRZÉS; DIAGNÓZIS ÉS KEZELÉS**  
*VARICEAL BLEEDING; DIAGNOSIS AND TREATMENT*  
Gyökeres Tibor, Budapest
- 10.35 **DISZKUSSZIÓ**  
*DISCUSSION*

---

2016. június 7. kedd  
7 June, Tuesday  
11.05 – 11.35

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG / ENDOSCOPIC ULTRASOUND**  
REFERÁTUM / *STATE OF ART LECTURE*

*Üléselnökök/Chair:*  
**Hamvas József, Budapest**

*Előadó, Speaker:*  
**Szepes Zoltán, Szeged**

---

**EBÉD / LUNCH**

---

MEDICAL

gastroenterology

## COOK® MEDICAL gastroenterológiai eszközeinek magyarországi képviselője: HUN-MED Kft.



**HEMOSPRAY**  
ENDOSCOPIC  
HEMOSTAT



**4,6,10 Shooter®**  
SAEED® MULTI-BAND  
LIGATOR



**Instinct™**  
ENDOSCOPIC  
HEMOCLIP

**EchoTip ProCore®**  
HD Endoscopic  
Ultrasound Biopsy Needle



**EchoTip® Ultra**  
HD Endoscopic  
Ultrasound Needle



www.cookmedical.com



www.hunmed.hu



2016. június 7. kedd  
7 June, Tuesday  
13.30 – 15.00

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

**ENDOSZKÓPIA IV. / ENDOSCOPY IV.**  
**ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS**

*Üléselnök / Chair:* **Topa Lajos**, Budapest

**Gurzó Zoltán**, Gyula

- 13:30 POLYPOK A JOBB COLONFÉLBE; A MINŐSÉGI ENDOSZKÓPIA JELENTŐSÉGE**  
Durcsán H.<sup>1</sup>, Csöndes M.<sup>1</sup>, Szabó A.<sup>1</sup>, Kárász T.<sup>1</sup>, Dancs N.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Kovács V.<sup>1</sup>, Regőczy H.<sup>1</sup>, Varga S.<sup>2</sup>, Rácz I.<sup>1</sup>, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr<sup>1</sup>, Patológiai Osztály, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr<sup>2</sup>
- 13:40 THE ROLE OF COLONOSCOPY IN CHILDHOOD IN CASE OF BLOODY STOOL CAUSED BY CIRCULATION DISTURBANCE**  
Pászti I.<sup>1</sup>, Bazsika A.<sup>2</sup>, Varga É.<sup>2</sup>, Gellért S.<sup>2</sup>, Department of Pediatric and Traumatological Surgery of Saint John's Hospital, Budapest<sup>1</sup>, Department of Anesthesiological and Intensive Pediatric care Unit of Saint John's Hospital, Budapest<sup>2</sup>
- 13:50 ENDOSCOPIC SIGNS OF THE ENDOMETRIOSIS INFILTRATING THE LARGE BOWEL**  
Lukovich P.<sup>1</sup>, Tari K.<sup>1</sup>, Csibi N.<sup>2</sup>, Brubel R.<sup>2</sup>, Rigó J.<sup>2</sup>, Harsányi L.<sup>1</sup>, Bokor A.<sup>2</sup>, 1st Department of Surgery, Semmelweis University of Medicine, Budapest<sup>1</sup>, 1st Department of Gynaecology, Semmelweis University of Medicine, Budapest<sup>2</sup>
- 14:00 APPLICATION OF A CLOUD-BASED DEEP STRUCTURED LEARNING PLATFORM FOR THE COMPUTER ASSISTED DIFFERENTIATION OF NEOPLASTIC AND NON-NEOPLASTIC POLYPS DEPICTED WITH HD, ZOOM, FUJINON INTELLIGENT COLOR ENHANCEMENT (FICE) TECHNOLOGY**  
Madácsy L.<sup>1</sup>, Oczella L.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Szepes A.<sup>2</sup>, Endo-Kapszula Endoscopic Laboratory, Székesfehérvár<sup>1</sup>, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét, OMCH Endoscopic Laboratory<sup>2</sup>
- 14:10 EFFICACY AND SAFETY OF INJECT AND SNARE TECHNIQUE WITH OR WITHOUT PROPHYLACTIC HEMOCLIPP APPLICATION FOR ENDOSCOPIC POLYPECTOMY OF LARGE COLONIC POLYPS**  
Oczella L.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>2</sup>, Berczi L.<sup>3</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>, Szepes A.<sup>2</sup>, Endo-Kapszula Endoscopic Laboratory, Székesfehérvár<sup>1</sup>, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét, OMCH Endoscopic Laboratory<sup>2</sup>, Pathology Department of Toldy Ferenc County Hospital<sup>3</sup>

*Üléselnök / Chair:* **Madácsy László**, Székesfehérvár

**Szepes Zoltán**, Szeged

- 14:20 INSPECTING THE SITE OF POLYPECTOMY FOR COMPLETE REMOVAL FOLLOWING COLD FORCEPS AND COLD SNARE RESECTION DURING COLONOSCOPY**  
Topál L.<sup>1</sup>, Endoscopy Unit, Selye János Hospital, Komárom<sup>1</sup>
- 14:30 EURO MILLIÓKAT SPÓROLHATUNK – A SZŰRŐ COLONOSCOPIA EPIDEMIOLÓGIAI ÉS GAZDASÁGI HATÁSA HOSSZÚ TÁVON. OSZTRÁK TAPASZTALTOK**  
Szőnyi M.<sup>1</sup>, Krankenhaus Elisabethinen, Ausztria, Bécs<sup>1</sup>
- 14:40 INTRAOPERATÍV ENDOSCOPIA SZEREPE A RECTUM ILLETVE RECTOSIGMOIDEALIS DAGANATOK SEBÉSZI KEZELÉSÉBEN**  
Tóth I.<sup>1</sup>, Ábrahám S.<sup>1</sup>, Paszt A.<sup>1</sup>, Simonka Z.<sup>1</sup>, Ottlakán A.<sup>1</sup>, Benyó F.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Lázár G.<sup>1</sup>, SZTE ÁOK Sebészeti Klinika<sup>1</sup>, SZTE ÁOK 1.sz. Belgyógyászati Klinika<sup>2</sup>
- 14:50 A RECTUM KORAI TUMORAINAK ILLETVE ENDOSZKÓPPAL EL NEM TÁVOLÍTHATÓ ADENOMÁINAK KEZELÉSI STRATÉGIÁJA - ÚJ MÓDSZER A KEZELÉSBEN: TRANSANALIS MINIMÁLISAN INVAZÍV SEBÉSZET (TAMIS)**  
Ábrahám S.<sup>1</sup>, Tóth I.<sup>1</sup>, Ottlakán A.<sup>1</sup>, Paszt A.<sup>1</sup>, Simonka Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Lázár G.<sup>1</sup>, Sebészeti Klinika SZTE ÁOK<sup>1</sup>, 1. sz. Belgyógyászati Klinika SZTE ÁOK<sup>2</sup>

2016. június 7. kedd  
7 June, Tuesday  
15.00 – 18.30

Toscana I. terem  
Toscana I. Hall

## KIHÍVÁSOK ÉS DILEMMÁK / ESETMEGBESZÉLÉSEK

### CHALLENGES / CASE REPORTS

#### ÉLŐ VIDEOKÖZVETÍTÉSES POSZTER MEGBESZÉLÉS / POSTERS. VIDEO COMMENTARY DISCUSSION

*Üléselnökök/Chair:*

**Bene László**, Budapest

**Pap Ákos**, Budapest-Kaposvár

*Poszterbírálok:*

**Bajor Judit**, Pécs; **Szalay Ferenc**, Budapest; **Czimmer József**, Pécs; **Simon Károly**, Budapest; **Vereczkei András**, Pécs; **Czakó László**, Szeged; **Veres Gábor**, Budapest; **Gyökeres Tibor**, Budapest

- LIVER TRANSPLANTATION IN HUNGARIAN WILSON'S DISEASE PATIENTS**  
Németh D.<sup>1</sup>, Folhoffer A.<sup>1</sup>, László S.<sup>1</sup>, Krolopp A.<sup>1</sup>, Kóbori L.<sup>2</sup>, Görög D.<sup>2</sup>, Fazakas J.<sup>2</sup>, Máthé Z.<sup>2</sup>, Gerlei Z.<sup>2</sup>, Szalay F.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, Department of Transplantation and Surgery, Semmelweis University, Budapest<sup>2</sup>
- BUDD-CHIARI SZINDRÓMA, POLYCYTHAEMIA RUBRA VERA, HEPATORENALIS SZINDRÓMA, MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ. ESETISMERTETÉS**  
Beyathy S.<sup>1</sup>, Takács E.<sup>1</sup>, Csikós D.<sup>1</sup>, Takács E.<sup>1</sup>, Blans B.<sup>2</sup>, Kovács É.<sup>3</sup>, Deák G.<sup>4</sup>, Czeplédi A.<sup>5</sup>, Masszi T.<sup>5</sup>, Görög D.<sup>6</sup>, Máthé Z.<sup>6</sup>, Schuller J.<sup>1</sup>, Taller A.<sup>1</sup>, Gasztroenterológia, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest<sup>1</sup>, Központi Röntgen Diagnosztika, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest<sup>2</sup>, CT és Intervenciós Radiológiai Osztály, Heim Pál Gyermekkorház, Budapest<sup>3</sup>, Nefrológia, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest<sup>4</sup>, Hematológiai és Óssejt-transzplantációs Osztály, Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Budapest<sup>5</sup>, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>6</sup>
- ABERNETHY MALFORMATIO**  
Bódi P.<sup>1</sup>, Kolozsvári E.<sup>1</sup>, Somogyi D.<sup>1</sup>, Sipos P.<sup>1</sup>, Békés Megyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház Gyermekosztálya, Gyula<sup>1</sup>
- MAJOR ESOPHAGEAL CHALLENGES**  
Kotsis L.<sup>1</sup>, Országos Korányi Tbc És Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészet<sup>1</sup>
- VÉKONYBÉL CROHN, VAGY MÉGSEM?**  
Orbán-Szilágyi Á.<sup>1</sup>, Pálinkás D.<sup>1</sup>, Iványi A.<sup>2</sup>, Sándor J.<sup>3</sup>, Hollósi M.<sup>4</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Lestár B.<sup>2</sup>, Jäckel M.<sup>4</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>, Gasztroenterológiai Osztály, MH EK Honvédkórház, Budapest<sup>1</sup>, Általános Sebészeti Osztály, MH EK Honvédkórház, Budapest<sup>2</sup>, Radiológia, MH EK Honvédkórház, Budapest<sup>3</sup>, Pathológia, MH EK Honvédkórház, Budapest<sup>4</sup>
- AZ EPEKŐILEUS DIAGNOSZTIKAI NEHÉZSÉGEINEK BEMUTATÁSA EGY ESET KAPCSÁN**  
Pálfi E.<sup>1</sup>, Chamdin S.<sup>1</sup>, Dabi Á.<sup>1</sup>, Takács R.<sup>1</sup>, Bányász Z.<sup>2</sup>, Völgyes B.<sup>3</sup>, Hamvas J.<sup>1</sup>, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest<sup>1</sup>, Sebészeti Osztály, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest<sup>2</sup>, Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest<sup>3</sup>

7. **HOSSZÚ ÉS RÖGÖS ÚT A GYÓGYULÁSIG, AVAGY HYPERCALCAEMIA ÉS NECROTIZÁLÓ PANCREATITIS**  
Rusznay K.<sup>1</sup>, Lestár B.<sup>2</sup>, Árva I.<sup>3</sup>, Szilvási I.<sup>4</sup>, Riedl E.<sup>5</sup>, Szűjártó A.<sup>6</sup>, Balogh M.<sup>7</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>, MHEK Gasztroenterológia<sup>1</sup>, MHEK II. Sebészet<sup>2</sup>, MHEK Központi Intenzív<sup>3</sup>, MHEK Nukleáris Medicina<sup>4</sup>, MHEK Radiológia<sup>5</sup>, Semmelweis Egyetem, I. Sebészeti Klinika<sup>6</sup>, Gróf Eszterházy Kórház, Belgyógyászat, Pápa<sup>7</sup>
8. **HAEMOSUCCUS PANCREATICUS: A RARE CAUSE OF UPPER GI BLEEDING**  
Szegedi L.<sup>1</sup>, Kovács J.<sup>1</sup>, Rácz F.<sup>1</sup>, Czuczor V.<sup>1</sup>, Szakál T.<sup>2</sup>, Kozlovsky B.<sup>3</sup>, Josa Andras Teaching Hospital Nyíregyháza 1st Department of Internal Medicine<sup>1</sup>, Josa Andras Teaching Hospital Nyíregyháza Department of Radiology<sup>2</sup>, Josa Andras Teaching Hospital Nyíregyháza Department of Surgery<sup>3</sup>
9. **A PLASMAPHERESIS SZEREPE EXTRÉM HYPERTRIGLICERIDAEMIA TALAJÁN KIALAKULT AKUT PANCREATITIS KEZELÉSÉBEN**  
Orentsák Á.<sup>1</sup>, Belopotoczky G.<sup>1</sup>, Pártos G.<sup>1</sup>, Arányi J.<sup>2</sup>, Haris Á.<sup>2</sup>, Penyige J.<sup>1</sup>, Sike R.<sup>1</sup>, Demeter P.<sup>1</sup>, Szent Margit Kórház, Gasztroenterológia, Budapest<sup>1</sup>, Szent Margit Kórház, Nephrológia, Budapest<sup>2</sup>
10. **STROMA ZÁRÁS ELŐTTI COLONOSCOPIA - VÉLETLENÜL ELTÁVOLÍTOTT ÁTTÉTI DAGANAT**  
Dorogi B.<sup>1</sup>, Bély M.<sup>2</sup>, Madaras B.<sup>3</sup>, Masszi I.<sup>1</sup>, Kis J.<sup>4</sup>, Schandl L.<sup>4</sup>, Gelley A.<sup>4</sup>, Sebészeti Osztály, Betegápoló irglamas rend Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest<sup>1</sup>, Patológiai Osztály, Betegápoló irglamas rend Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest<sup>2</sup>, B Belgyógyászat Országos Onkológiai Intézet Budapest<sup>3</sup>, Belgyógyászati Osztály Betegápoló irglamas rend Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest<sup>4</sup>
11. **HAZAI GYERMEKKORI IBD REGISZTER - HUPIR – PROSPEKTÍV KÖVETÉS ELSŐ TAPASZTALATAI**  
Müller K.<sup>1</sup>, HUPIR G.<sup>2</sup>, Veres G.<sup>1</sup>, I.sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem<sup>1</sup>, Magyar Gyermekgasztroenterológusok Társasága<sup>2</sup>
12. **HAZAI TAPASZTALATOK CROHN BETEG GYERMEKEK 1 ÉVES INFLIXIMAB KEZELÉSÉVEL – A PITSTOP VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI**  
Cseh Á.<sup>1</sup>, Müller K.<sup>1</sup>, Kustos E.<sup>1</sup>, Lotz B.<sup>1</sup>, Veres G.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekklinika<sup>1</sup>
13. **STROKE? UGYAN, RECTALIS ADENOMA!**  
Czepán M.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Ábrahám G.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>1</sup>
14. **APPENDIX CARCINOID ENDOSCOPOS DIAGNÓZISA-ESETBEMUTATÁS**  
Horvát G.<sup>1</sup>, Makai G.<sup>2</sup>, Bugát Pál Kórház, Gasztroenterológiai Profil<sup>1</sup>, Sebészeti Osztály, Gyöngyös, Hungary<sup>2</sup>
15. **TRANSPAPILLARY ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF INFECTED COLLECTION IN ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS**  
Bodnár Z.<sup>1</sup>, Bokor L.<sup>2</sup>, Tóth E.<sup>1</sup>, Vinnai G.<sup>3</sup>, Dept. of Medicine, Kenézy Teaching Hospital, Debrecen<sup>1</sup>, Dept. of General Surgery, Kenézy Teaching Hospital, Debrecen<sup>2</sup>, Dept. of Radiology, Kenézy Teaching Hospital, Debrecen<sup>3</sup>
16. **ÓRIÁS BRUNNEROMA. ESETISMERTÉÉS**  
Mohai C.<sup>1</sup>, Lidi H.<sup>1</sup>, Salamon F.<sup>2</sup>, Taller A.<sup>1</sup>, Gasztroenterológia, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest<sup>1</sup>, Patológia, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest<sup>2</sup>
17. **A SZÉKLET CALPROTECTIN VIZSGÁLAT SZEREPE A HYDRADENITIS SUPPURATIVÁHOZ TÁRSULT INTESTINALIS GYULLADÁS ELŐREJELZÉSÉBEN**  
Lovas S.<sup>1</sup>, Dávida L.<sup>1</sup>, Gáspár K.<sup>2</sup>, Szegedi A.<sup>2</sup>, Altörjay I.<sup>1</sup>, Palatka K.<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Tanszék<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Bőrgyógyászati Klinika<sup>2</sup>

18. **POSTOPERATÍV, BENIGNUS, DILATÁCIÓ-REFRAKTER HIPOFARINX SZŰKÜLET KEZELÉSE ÖNTÁGULÓ FÉMSZTENTTEL TRANSZNAZÁLIS ANTIMIGRÁCIÓS RÖGZÍTÉSSEL KIEGÉSZÍTVE**  
Tarpay Á.<sup>1</sup>, Szmola R.<sup>1</sup>, Burai M.<sup>1</sup>, Siha G.<sup>1</sup>, Horányi A.<sup>1</sup>, Pozsár J.<sup>1</sup>, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Részleg<sup>1</sup>
19. **A SZÉRUM HEPCIDIN ÉS PROHEPCIDIN SZINT VIZSGÁLATA CROHN BETEGSÉGBEN SZENVEDŐ GYERMEKEKBEN**  
Tokodi I.<sup>1</sup>, Tokodi M.<sup>2</sup>, Horváth D.<sup>2</sup>, Poór V.<sup>3</sup>, Pandur E.<sup>4</sup>, Sipos K.<sup>4</sup>, Veres G.<sup>2</sup>, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika<sup>2</sup>, Pécsi Tudományegyetem. Általános Orvostudományi Kar, Igazságügyi Orvostani Intézet<sup>3</sup>, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Gyógyszerészi Biológia Tanszék<sup>4</sup>
20. **EOSINOPHIL COLITIS – CHANGES IN INFLAMMATION RELATED MICRORNA-S IN THE COLONIC MUCOSA OF PEDIATRIC PATIENTS**  
Kiss Z.<sup>1</sup>, Béres N.<sup>1</sup>, Sziksz E.<sup>2</sup>, Vannay Á.<sup>2</sup>, Arató A.<sup>1</sup>, Müller K.<sup>1</sup>, Cseh Á.<sup>1</sup>, Szabó A.<sup>1</sup>, Veres G.<sup>1</sup>, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, MTA-SE Pediatrics and Nephrology Research Group, Budapest, Hungary<sup>2</sup>
21. **CYCLIC ADENOSINE MONOPHOSPHATE PRODUCTION STIMULATED BY ORAI1 AND EXTENDED SYNAPTOTAGMIN 1**  
Fanczal J.<sup>1</sup>, Madácsy T.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>2</sup>, Malini A.<sup>3</sup>, Muellem S.<sup>3</sup>, Maléth J.<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, H-6720 Szeged, Hungary,<sup>1</sup> MTA-SZTE Lendület Gasztroenterológiai Multidiszciplináris Kutatócsoport H-6720 Szeged, Hungary,<sup>2</sup> Epithelial Signaling and Transport Section, Molecular Physiology and Therapeutics Branch, NIDCR, NIH, Bethesda, Maryland 20892, USA.<sup>3</sup>
22. **ALTERED MUCOSAL EXPRESSION OF MICRO RNA-S IN PEDIATRIC PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**  
Béres N.<sup>1</sup>, Kiss Z.<sup>1</sup>, Müller K.<sup>1</sup>, Cseh Á.<sup>1</sup>, Sztupinszki Z.<sup>1</sup>, Lendvai G.<sup>2</sup>, Arató A.<sup>1</sup>, Sziksz E.<sup>3</sup>, Vannay Á.<sup>3</sup>, Szabó A.<sup>1</sup>, Veres G.<sup>1</sup>, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, MTA-SE Tumor Progression Research Group, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>2</sup>, MTA-SE Pediatrics and Nephrology Research Group, Budapest, Hungary<sup>3</sup>



# RABYPREX

## EGY CSAPÁSRA JOBBAN LESZ



**Jó választás**  
savfüggő kórképek  
kezelésében

**Rabyrex,  
gyomornedv-ellenálló  
tabletta**

- **rabeprazol**
- **10 mg 28x**
- **20 mg 28x, 56x**

**Rabyrex 10 mg gyomornedv-ellenálló tablettát | Rabyrex 20 mg gyomornedv-ellenálló tablettát**

**Főbb összetevők:** 10 mg tablettát: 10 mg, rabeprazol-nátrium, 0,36 mg laktóz-monohidrát; 20 mg tablettát: 20 mg rabeprazol-nátrium, 0,72 mg laktóz-monohidrát. **Terápiás javallatok:** aktív nyombélfekély, aktív benignus gyomorfekély, gastro-oesophagealis reflux betegség tüneti kezelése, erozív vagy ulceratív gastro-oesophagealis reflux betegség tüneti kezelése, gastro-oesophagealis reflux betegség hosszú távú kezelése, Helicobacter pylori eradikáció, Zollinger-Ellison-szindróma. **Adagolás és alkalmazás:** Aktív nyombélfekély és aktív benignus gyomorfekély: A javasolt adag naponta egyszer 20 mg. A legtöbb aktív nyombélfekélyes beteg 2-4 héten belül meggyógyul. Néhány nehezen gyógyuló betegnek a gyógyulásig további 6 hetes kiegészítő kezelésre lehet szüksége. Gastro-oesophagealis reflux betegség tüneti kezelése: Naponta egyszer 10 mg vagy 20 mg oesophagitis esetén. Amennyiben 4 hét elteltével a tüneteket nem sikerült befolyásolni, a beteg további kivizsgálása szükséges. Erozív vagy ulceratív gastro-oesophagealis reflux betegség: A javasolt adag naponta egyszer 20 mg, 4-8 héten keresztül. Gastro-oesophagealis reflux betegség hosszú távú kezelése: Naponta egyszer 10 mg vagy egyszer 20 mg fenntartó adag adható a beteg állapotától függően. Helicobacter pylori eradikáció: A kórokozó eradikálására kombinált kezelést kell alkalmazni. A kombinációban a Rabyrex javasolt dózisa naponta 2x20 mg. Zollinger-Ellison-szindróma és más, a gyomor patológiás eredetű, fokozott savszekréciójának kezelése: A javasolt kezdő adag naponta egyszer 60 mg. A további adagolást egyedileg, a beteg állapotától függően kell megállapítani. Néhány beteg esetében a napi adag több részletben történő adása válhat szükségessé. A kezelést mindaddig folytatni kell, míg a beteg állapota szükségesé teszi. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával - a rabeprazollal, szubsztituált benzimidazolokkal - vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Terhesség, szoptatás. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** A rabeprazol-nátrium általában jól tolerálható volt a klinikai vizs-

gálatok során. A megfigyelt mellékhatások általában enyhék/ közepesúlyosak és múltó jellegűek voltak. **Gyakori mellékhatások:** fertőzés, insomnia, fejfájás, szédülés, köhögés, pharyngitis, rhinitis, hasmenés, hányás, hányinger, hasi fájdalom, székrekedés, flatulencia, nem specifikus fájdalom/hátfájás, asthenia, influenza-szerű tünetek. Rabyrex 10 mg gyomornedv-ellenálló tablettát: OGYI-T-20811/02 (28x); Rabyrex 20 mg gyomornedv-ellenálló tablettát: OGYI-T-20811/05(28x); OGYI-T-20811/06 (56x) **A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** TEVA Gyógyszergyár Zrt. 4042 Debrecen, Pallagi út 13. **Utolsó jóváhagyott alkalmazási előírás dátuma:** 2015.12.14. Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V). **Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!**

Készítmény megnevezése	Kiszerezési egység	Bruttó fogy. ár (Ft)	Norm. tám. vonatkozó paraméterek	
			Norm. tám. összeg (Ft)	Térítési díj (Ft)
RABYPREX 10 MG gyomornedv-ellenálló tablettát	28x buborék-csomagolásban	1 209	85	1 124
RABYPREX 20 MG gyomornedv-ellenálló tablettát	28x buborék-csomagolásban	1 855	169	1 686
RABYPREX 20 MG gyomornedv-ellenálló tablettát	56x buborék-csomagolásban	3 710	339	3 371

Forrás: www.oep.hu/gyogyszerkereso. 2016. április 1-től érvényes árak.

A dokumentum lezárásának dátuma: 2016. április 4.

Hivatkozások: **1:** Acid suppression in gastro-oesophageal reflux disease: Why? How? How much and when? M P Jones Postgrad Med J 2002;78:465-468 **2:** Acid inhibition on the first day of dosing: comparison of four proton pump inhibitors. **3:** Significant Enhancement of Gastric Mucin Content After Rabeprazole Administration T. SKOCZYLA, MD, I. SAROSIEK, MD et al. Digestive Diseases and Sciences, Vol. 48, No. 2 (February 2003), pp. 322-328 (2003) Pantoflickova D1, Dorta G, Ravic M, Jormod P, Blum AL. Aliment Pharmacol Ther. 2003 Jun 15;17(12):1507-14.

**TEVA**

**TEVA Gyógyszergyár Zrt.**  
4042 Debrecen, Pallagi út 13.  
Levelezési cím: 1134 Budapest, Váci út 29. Vision Towers.  
Telefon: (1) 288 6400, Fax: (1) 288-6410  
További információk: www.teva.hu

HURABYP/16/0003

## 58. Nagygyűlés

58<sup>th</sup> Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

### **ELŐADÁSKIVONATOK**

*Abstracts  
of Lectures and Posters*

2016.

Siófok, 4-7 June, 2016.  
Siófok, Hotel Azúr, Hungary

**Altorjay István**  
ELNÖK  
PRESIDENT

**Molnár Tamás**  
FŐTITKÁR  
SECRETARY-GENERAL

**Szalay Ferenc**  
PERMANENT OFFICE  
EXECUTIVE DIRECTOR

#### **A bíráló bizottság tagjai**

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

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

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

1

**RUTIN VAGY SZELEKTÁLT INTRAOPERATÍV CHOLANGIOGRAPHIA? KEZELÉSI STRATÉGIA 4098 ELEKTÍV CHOLECYSTECTOMIA ÉS 470 PREOPERATÍV ERCP KAPCSÁN**

Ábrahám S.<sup>1</sup>, Tajti J.<sup>1</sup>, Borda B.<sup>1</sup>, Paszt A.<sup>1</sup>, Simonka Z.<sup>1</sup>, Tóth I.<sup>1</sup>, András L.<sup>1</sup>, Libor L.<sup>1</sup>, Pieler J.<sup>1</sup>, Leprán A.<sup>1</sup>, Kovács V.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Czákó L.<sup>2</sup>, Takács T.<sup>2</sup>, Lázár G.<sup>1</sup>, Sebészeti Klinika SZTE ÁOK<sup>1</sup>, 1. sz. Belgyógyászati Klinika SZTE ÁOK<sup>2</sup>

**Bevezetés:** Elektív cholecystectomy kapcsán vitatott a rutin intraoperatív cholangiographia (IOC) szükségessége. Munkánkban arra keressük a választ, hogy szelektált, megfelelő indikációval végzett preoperatív endoscopos retrograd cholangio-pancreatographia (pERCP) és csak szelektált esetekben végzett IOC milyen epeúti sérülési (ES) rátát eredményez, illetve ezen módszerrel milyen eséllyel lehet közös epevezeték (KEV) residuális kövek okozta komplikációkra számítani a műtétet követően. **Beteganyag és módszer:** Klinikánk 4098 elektív cholecystectomián átesett betegeit vizsgáltunk retrospektív módon, 2005. január 1. és 2015. január 1. közötti időszakban, átlagos 5 éves utánkövetéssel. A betegeknek csak szelektált esetekben (epeutak azonosítása vagy ES gyanú esetén) történt IOC. A betegek 11.5 %-ában előzte meg a műtétet pERCP akut biliaris pancreatitis (ABP), súlyos (epeúttágulat +/- emelkedett serum bilirubin) vagy mérsékelt (emelkedett alkalikus foszfatáz és gamma-glutamyl transpeptidase, normál bilirubin) epeúti obstructio (EO) miatt. Vizsgáltuk a conversio illetve az ES rátát. Megvizsgáltuk, hogy a különböző indikációkkal végzett pERCP során milyen gyakorisággal ürült kő az epeutakból és az esetleges residuális KEV kövek milyen gyakorisággal tettek szükségessé posztoperatív ERCP-t. **Eredmények:** A ES ráta 0.17 % volt, major epeúti sérülés 8 esetben történt. pERCP összesen 470 esetben, ABP, mérsékelt és súlyos EO valamint hasi fájdalom (109, 114, 225, 22 beteg esetében) indikációjával történt. Mérsékelt EO miatt végzett pERCP-k során 70 %-ában, súlyos EO-ban 55 %-ban nem igazolódott choledocholithiasis. Cholecystectomián átesett betegek 0.26 %-ában, 11 esetben jelentkezett posztoperatív ERCP-t indikáló panasz az utánkövetés időszakában. **Összefoglalás:** Az irodalmi adatokkal összevetve, a rutinszerű IOC elhagyása nem okozott magas ES rátát. A megfelelő indikációval, szelektált esetekben végzett pERCP a KEV köveit nagy eséllyel kiszűri. Rutinszerű IOC alkalmazása mérsékelt EO-ban, pERCP helyett mérlegelendő.

2

**A RECTUM KORAI TUMORAINAK ILLETVE ENDOSZKÓPPAL EL NEM TÁVOLÍTHATÓ ADENOMÁINK KEZELÉSI STRATÉGIÁJA - ÚJ MÓDSZER A KEZELÉSBEN: TRANSANALIS MINIMÁLISAN INVAZÍV SEBÉSZET (TAMIS)**

Ábrahám S.<sup>1</sup>, Tóth I.<sup>1</sup>, Ottlakán A.<sup>1</sup>, Paszt A.<sup>1</sup>, Simonka Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Lázár G.<sup>1</sup>, Sebészeti Klinika SZTE ÁOK<sup>1</sup>, 1. sz. Belgyógyászati Klinika SZTE ÁOK<sup>2</sup>

**Bevezetés:** Vitatott, hogy a rectum nagy méretű, benignus adenomáinak valamint a submucosat infiltráló tumorainak kezelésére melyik a legalkalmasabb módszer. Míg az endoscopos technikák (mucosectomia, submucosa dissectio) leginkább a kisebb, benignus elváltozások eltávolítására tűnnek alkalmasabb módszereknek, addig a transanalis műtétek (transanalis excisio, transanalis endoscopos mikrosebészeti (TEM), transanalis minimálisan invazív sebészet (TAMIS)), akár a korai, T1SM1 stádiumban lévő laesioi biztonságos, gyors és onkológiailag megfelelően radikális, teljes falvastagságban történő kimetszésére is használatos technikák. Vizsgálatunkban a TAMIS módszerről szerzett kezdeti tapasztalatunkat kívánjuk bemutatni. **Beteganyag és módszer:** A TAMIS módszer 2014-ben került bevezetésre az SZTE Sebészeti Klinikán. A módszer során a laparoscopos sebészetben használt „single-port” és instrumentárium segítségével (5 mm-es rigid endoscop) távolítjuk el teljes falvastagságban a rectum laesioját, majd a defektust tovaftató öltéssel zárjuk. 8 alkalommal végeztünk TAMIS excisiót anusgyűrűtől számítva 4 és 14 cm között elhelyezkedő laesioi miatt (3 esetben endoscoppal biztonsággal el nem távolítható adenoma, 2 esetben bizonytalan digni-

tású elváltozás, 1 esetben in situ-, 2 esetben T1NO stádiumú daganat indikációjával). Minden esetben műtét előtti kivizsgálás részét képezte a totál colonoscopia, a biopsia, az endoscopos ultrahang (RUS) vizsgálat, valamint a lokalizáció pontosabb tisztázása céljából a rigid endoscopia is. Amennyiben az RUS felvetette az infiltratív folyamat lehetőségét, úgy a staging vizsgálatokat MR vizsgálattal egészítettük ki. **Eredmények:** Minden kimetszés egy darabban, teljes falvastagságban történt. A szövettani feldolgozás minden esetben komplett eltávolítást igazolt. Egy betegnél pT2 daganat igazolódott, így a regionális nyirokcsomó érintettség kockázata miatt később kiegészítő laparoscopos rectum resectioa volt szükség. **Összefoglalás:** Tapasztalataink alapján megállapítható, hogy a TAMIS műtét eleget tesz a haladó minimálisan invazív sebészet követelményeinek, miszerint nemcsak biztonságos, olcsó de a módszer képes mind a sebészi mind az onkológiai radikalitás biztosítására a rectum benignus és korai stádiumban lévő infiltratív folyamatainak kezelésében.

3

**A HISTAMINRECEPTOROK ÉS BLOKKOLÁSUK KARDIOLÓGIAI JELENTŐSÉGE**

Áltorjay I.<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gastroenterológiai Tanszék<sup>1</sup>

Régóta ismeretes, hogy a szívben található histamin receptorok, az emberi H1 és H2 histamin receptorok közel negyedszázada klónozták és karakterizálták, majd sor került a H3 és H4 histamin receptorok leírására is. A histamin természetesen komponense az emberi testnek, főleg a központi idegrendszerben, a hízósejtekben, a gyomormucosa parietalis sejtiájában és a basofil granulocytákban mutatható ki. A H1 receptor ingerlése számos intracelluláris szignált indukál, egyebek között a cAMP és a cGMP útvonalat is. A szívben a H1 receptorok ingerlése révén a histamin csökkenti az atrioventricularis csomó vezetési idejét. H2 receptorok szintén találhatóak a szívben és a G proteinekkel kapcsolódva a cAMP útvonalon át chronotrop és inotrop aktivitással bírnak. A H2 receptorok szerepet játszanak a hypotensio, kipirulás, fejfájás, növekvő gyomorsav termelés és a fokozott vasculáris permeabilitás kialakulásában is. A histamin tehát valódi neurohormon.

A H2 receptorok aktivációja lényegében párhuzamos a béta adrenerg stimulációval, tehát növeli az oxigénigényt, tágítja a koszorúereket, növeli a pitvari frekvenciát, pozitív inotrop hatása van a pitvarra, kamrára egyaránt, fokozza az adenilát-cikláz aktivitást – cAMP termelés. Ezzel szemben a H1 receptorok aktiválása inkább csökkenti a coronáriakeringést.

Állatkísérletekben a H2RA famotidine és cimetidine gyengíteni képesek az ischaemia indukálta szivizom cAMP akkumulációt. A H2 receptor aktiváció ugyanis hasonlóan a noradrenalinhoz cAMP termelődést okoz. Ebből az elvi megállapításból kiindulva a H2 receptorok gyógyszeres blokádja előnyös lehet szívelégtelenség kezelésében a renin-angiotensin rendszer blokkolásán túl is. 2014-ben jelent meg egy érdekes elemzés a MESA tanulmány (The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis) - egy multicentrikus prospektív kohort tanulmány különböző amerikai populációkban – adataiból. Ennek keretében a savgátló kezelés hatását is vizsgálták a jobb kamra funkciójára. 4122 egyén vizsgálata során azt találták, hogy a H2RA szedése mellett 0,7 g-al csökkent a jobb kamra tömege (p=0,004) és a 4,2 ml-rel csökkent a végdiastolés jobbkamrai térfogat (p=0,006). Ez a lelet független volt az egyéb medikációtól, a tüdő szerkezetétől és a légzésfunkciótól, valamint a veseműködéstől. Hasonló eredményt találtak abban a kisebb csoportban is, ahol PPI szedés együtt történt a H2RA kezeléssel. További újabb felismerés, hogy a famotidine jóhatásúnak bizonyult myocardialis infarctuson átesett betegekben, miközben olyan adatok jelentek meg, miszerint a PPI kezelés mellett az átlagpopulációban valamivel nagyobb a myocardialis infarctus veszélye. Az előadás ezt az izgalmas témát tekinti át.

4

**AZ EPIPHRENALIS NYELŐCSŐ DIVERTICULUMOK MINIMÁLISAN INVAZÍV SEBÉSZETE: RÖVID ÉS HOSSZÚ TÁVÚ EREDMÉNYEK**

Andrási L.<sup>1</sup>, Paszt A.<sup>1</sup>, Simonka Z.<sup>1</sup>, Ábrahám S.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>2</sup>, Lázár G.<sup>1</sup>, SZTE Sebészeti Klinika, Szeged<sup>1</sup>, SZTE I. Belgyógyászati Klinika, Szeged<sup>2</sup>

**Bevezetés:** Vizsgálatunkban az epiphrenicus nyelőcső diverticulumok minimálisan invazív kezelésével szerzett tapasztalatainkat mutatjuk be. Elemeztük a sebészeti terápia rövid és hosszú távú eredményeit különös tekintettel az életminőség változásaira. **Betegek, módszerek:** 8 (F/N 4/4) panaszokat okozó epiphrenicus diverticulum miatt észlelt betegen végeztünk endoszkopos segítségével laparoscopos transhiatalis diverticulectomiát Heller-féle esophago-cardio-myotomiával és funduplicatióval kiegészítve (Dor, Nissen). A betegek a műtét előtt és 3 hónappal a műtét után komplex gasztroenterológiai kivizsgáláson (nyelés vizsgálat, felső tápcsatornai endoscopia, nyelőcső pH- és manometria) estek át. Értékeltek a műtét kezelés eredményeit, a betegek pre- és posztoperatív panaszainak változását. Hosszú távú (átlagosan 60 hónap, 10-138) vizsgálatunkban az életminőség változásait mértük fel a nyelőcső funkcióval összefüggő tünetek (regurgitatio, dysphagia, epigastralis/mellkasi fájdalom), testsúlyváltozás, n. vagus funkció és savcsökkentő terápia alkalmazásának tükrében. **Eredmények:** A betegek átlagosan 73 hónapos panaszos időszakot követően kerültek műtétre. A preoperatív nyelőcső funkcionális vizsgálat 7 esetben motilitási zavart mutatott ki. A beavatkozások átlagos időtartama 165 perc (130-195 perc) volt, minimális (átlag 50 ml) vérvesztés mellett. Intraoperatív szövődésményt nem észleltünk, mortalitás nem volt. Egy esetben a nyelőcső varratelégelensége [1/8 (12,5%)] alakult ki, mely konzervatív kezelésre szanalódott, míg egy másik páciensnél vérzés miatt reoperáció történt. A posztoperatív funkcionális vizsgálatok kielégítő nyelőcső működési értékeket igazoltak. A betegek műtétet megelőző összesített „tünet-értéke” („symptom-score”) 7.3 pont volt, mely az operációt követően 1.6 pontra csökkent ( $p < 0.05$ ), ami átlagosan 79.8 %-os szubjektív javulást jelentett. 4 betegünknel mérsékelt refluxos panaszok miatt protonpumpa gátló (PPI) kezelés indult. 3 egyénnél a gyógyszeres terápia sikeresnek bizonyult, míg egy alkalommal a hatástalan konzervatív kezelés miatt laparoscopos antireflux műtétet (Nissen) végeztünk. **Következtetések.** A laparoscopos transhiatalis diverticulectomia és Heller-Dor műtét alacsony morbiditással járó, hatékony beavatkozás. Hosszú távon a betegek életminősége szignifikánsan javul, de a gastro-esophagealis reflux megbetegedés megjelenésére számíthatunk.

5

**TRANSVAGINALIS UH VIZSGÁLAT SORÁN DIAGNOSZTIKÁLT VASTAGBÉL TUMOROK**

Artner A.<sup>1</sup>, Klara S.<sup>1</sup>, Edit B.<sup>2</sup>, ASTORIA MEDICAL CENTER<sup>1</sup>, Egyesített Szent László és Szent István KH<sup>2</sup>

**Bevezetés:** A transvaginalis ultrahang vizsgálatok leggyakoribb indoka a szűrés mellett az alhasi diszkomfortérzés, vagy fájdalom. A vizsgálatok során a nagyfelbontású készülékekkel a látótérbe kerülő szerveket szükségszerű elemezni, egymáshoz való viszonyokról, eltéréseikről nyilatkozni. **Anyag és módszer:** A hüvelyi ultrahang vizsgálatok során, melyeket 5-12Mhz –es 270 fokos látószögű eszközzel végeztünk, a rectum alsó, középső harmada jól vizsgálható, jól elkülöníthetők a bélfal rétegei is, valamint a perirectalis zsírszövet is megítélhető. Beteg anyagunkban a vizsgálatok során 2013-2015 között 7 vastagbél elváltozást az UH –gal diagnosztizáltunk, melyeket patológiailag a UH vezérelt vékonytűs mintavétellel sikerült igazolni. A vizsgált betegek életkora 35-74 év között változott. A betegeknek a kismencedei diszkomfortérzésen, alhasi fájdalomon kívül egyéb panasza nem volt. A magas felbontásnak köszönhetően a rectum alsó harmadában a fallal összefüggő elváltozások dignitása sok esetben jól elkülöníthető, azonban az UH vezérelt mintavétel lehetősége a patológiai diagnózist is segíti, így a betegnek a terápiás beavatkozást is jobban lehet tervezni. **Következtetés:** Az transvaginalis UH vizsgálatok

során is van mód arra, hogy a végbél alsó szakaszát jól elemezzük, az ott zajló folyamatokat leírjuk, ha szükséges UH vezérelt mintát vegyünk, melyből a patológus diagnózist tud mondani.

6

**GLUTEN FREE DIET – IS IT WORTH TO USE IN PATIENTS WITHOUT CELIAC DISEASE?**

Bajor J.<sup>1</sup>, Kocsis D.<sup>2</sup>, Juhász M.<sup>3</sup>, Czimmer J.<sup>1</sup>, University of Pécs, 1st Department of Internal Medicine, Pécs<sup>1</sup>, Semmelweis University 2nd Department of Internal Medicine, Budapest<sup>2</sup>, St. Margit Hospital, 4th Department of Internal Medicine, Budapest<sup>3</sup>

The last few years have seen growing concerns about the wheat-based foods on health with the increasing adoption of gluten-free diet. Observation of an increasing number of patients sensitive to dietary gluten without evidence of celiac disease and wheat allergy has contributed to the identification of a new gluten-related syndrome defined as non-celiac gluten sensitivity (NCGS). The pathomechanism is not clear, it is thought to be immune-mediated but not autoimmune or allergic disorder. The solely role of gluten has not been clearly established and the symptoms could relate to other grain components, such as amylase trypsin inhibitors and FODMAPs. Gluten- and wheat-free diet may lead to beneficial effect in different disorders, especially irritable bowel syndrome, inflammatory bowel disease, psoriasis, fibromyalgia, schizophrenia, autism. On the other hand, wheat is important source of proteins, vitamins, minerals and fibers, and self-initiated gluten-free diet without medical control could have negative consequences. The authors summarize available data on gluten-free diet in patients without celiac disease.

7

**PRIMARY SENSORY NEURON DESENSITIZATION BY RESINIFERATOXIN INCREASES THE SEVERITY OF L-ORNITHINE-INDUCED ACUTE PANCREATITIS IN RATS**

Bálint E.<sup>1</sup>, Balla Z.<sup>2</sup>, Molnár A.<sup>1</sup>, Marsollier C.<sup>3</sup>, Marc R.<sup>4</sup>, Hegyi P.<sup>5</sup>, Kiss L.<sup>2</sup>, Helyes Z.<sup>6</sup>, Rakonczay Z.<sup>2</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>, University of Angers, Angers, France<sup>3</sup>, University of Nantes, Nantes, France<sup>4</sup>, Department of Translational Medicine / 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>5</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>6</sup>

**Introduction:** Transient receptor potential vanilloid 1 (TRPV1) is a nociceptor predominantly expressed by primary sensory neurons. TRPV1 participates in neurogenic inflammation and thus to have a major role in the pathogenesis of inflammatory disorders. Therefore, we aimed to examine if desensitization of TRPV1 neurons affects the severity of experimental acute pancreatitis (AP) in rats. **Methods:** To induce AP, Sprague-Dawley rats were injected intraperitoneally (i.p.) with 3 g/kg L-ornithine. 4 weeks before the induction of AP, primary neurons expressing TRPV1 were desensitized by resiniferatoxin (RTX), an agonist of TRPV1. RTX was administered by three i.p. injections (30 µg/kg, 70 µg/kg and 100 µg/kg, 30, 29 and 28 days before the induction of AP, respectively). Rats treated with L-ornithine and/or RTX were compared to their respective control groups treated with physiological saline. To determine AP severity, laboratory and histological parameters were measured. **Results:** L-ornithine induced necrotizing AP caused decreased pancreatic amylase activity and increased serum amylase and pancreatic myeloperoxidase activities, water content and heat-shock-protein 72 expression. RTX administration in itself did not significantly influence any of the measured parameters compared to the absolute control group (physiological saline instead of both RTX and L-ornithine). Most laboratory and histological parameters demonstrated that primary sensory neuron desensitization increased AP severity vs vehicle-pretreated L-ornithine-induced AP. **Conclusion:** Defunctionalization of TRPV1 neurons in the L-ornithine-induced AP model demonstrated an exacerbation of disease severity. Interestingly, our findings indicate that primary sensory neurons have a protective role in L-ornithine induced AP.



8

**NAGY MÉRETŰ HIATUS HERNIÁK LAPAROSZKÓPOS REKONSTRUKCIÓJA**Bálint A.<sup>1</sup>, Brenner B.<sup>1</sup>, Regőczy T.<sup>1</sup>, Spiller G.<sup>1</sup>, Máté M.<sup>1</sup>, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Általános Sebészeti Profil, Budapest<sup>1</sup>

A lágyéktáji és hasfali sérvvek sebészetében nagy fejlődést jelentett a feszülésmentes technikák alkalmazása. Sérvkiújulás gyakorisága egy nagyságrenddel csökkent (10- 15% -> 1-3%) ezen elvek szerint végzett műtétek után. A hiatus herniák műtéte utáni sérvkiújulás aránya nagyon magas, egyes irodalmi adatok szerint elérheti a 40%-t. Így érthető volt a sebészek igyekezete, hogy csökkentsék ezt a magas kiújulási arányt. Különböző hálók és rögzítési módok alkalmazásával történt hiatus rekonstrukciós műtétek kezdeti eredményei jónak bizonyultak, azonban ritkán, de a hálóbeültetésre jellegzetes, esetenként súlyos, a beteg számára esetenként életveszéllyel is járó szövődmények alakultak ki az utánkötés során: háló körüli hegesedés, strictura, tályogképződés, háló penetráció a nyelőcsőbe. Háló alkalmazásával végzett műtétek után a sérvkiújulás csökkenése sem bizonyult olyan kifejezettnek, mint a lágyéktáji és hasfali sérvvek esetében. A szakirodalom is megosztott a hiatus rekonstrukciók során alkalmazott hálók alkalmazását illetően.

Munkacsoportunk is változtatott a korábbi gyakorlatán az említett szövődmények egy-egy betegnél történt jelentkezése és a sérvkiújulás nem meggyőző javulása miatt. A műtétek során törekszünk a nyelőcső mobilizálása mellett mindkét rekeszszár pontos és alapos kikészítésére és a hiatus plasztika direkt varratokkal történő kivételére akkor is, ha a hiatus átmérője nagyobb mint 6 cm. A műtétet minden esetben teljes vagy részleges fundus mandzsetta kialakításával fejezzük be. 2013 és 2014 év folyamán, eltérően az ezt megelőző időszak gyakorlatától, egy esetben sem alkalmaztunk háló implantátumot műteteink során (37 műtét). Egy 61 éves nőbeteg recidív, kizáródott gyomorrészetet is tartalmazó, teljes nyelési képtelenséget okozó rekeszszérvények urgens megoldásával demonstráljuk a direkt varratok alkalmazását. Az adott betegcsoport ellenőrzése során 4 recidív herniatio vált ismertté, melyek közül 2 betegnél jelentkeztek a hiatus herniára visszavezethető kompressziós eredetű panaszok.

A hiatus rekonstrukciós műtétek utáni szerényebb eredmények okai között az un. rövid nyelőcső jelenléte, az adott regio elemeinek (nyelőcső, rekeszszárak) intenzív motilitási tevékenysége, a rekeszszárak minősége, postoperatív hányás, a kötőszövet gyengesége és a magas BMI említhetők meg. A jobb eredmények ezen a területen még váratnak magukra.

9

**SOUTH-EAST HUNGARIAN SUBJECTS REPORT LESS GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX (GER) RELATED SYMPTOMS THAN CITIZENS OF THE WESTERN COUNTRIES.**Bálint L.<sup>1</sup>, Laczkó D.<sup>1</sup>, Gyetvai Á.<sup>1</sup>, Helle K.<sup>1</sup>, Vadász K.<sup>1</sup>, Inczei O.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Szekeres V.<sup>2</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Hungarian National Blood Transfusion Service, Szeged, Hungary<sup>2</sup>

**Introduction:** Most epidemiologic studies indicate approximately 20% prevalence of GER related typical symptoms in the western countries. While a little is known about Central-Europe, eastern studies indicate prevalence rates well below 10%. The aim of the study was to obtain population based data on the prevalence of GER related symptoms in South-East Hungary. **Methods:** One thousand four-hundred and fifty-six consecutive blood donor volunteers (M/F: 874/582, mean age: 38 (17-65) years) were enrolled. Data collection was carried out by means of a questionnaire. Typical (heartburn, regurgitation) and atypical (esophageal, extraesophageal) symptoms were assessed. **Results:** Typical symptoms of GER such as heartburn and acidic regurgitation were reported by 23% (331/1456) and 18% (256/1456) of the studied healthy subjects. At least monthly heartburn episodes were reported by 14%, and weekly by 7% of the cases, while acidic regurgitation

occurred in 9% and 3% respectively. Of the atypical manifestations of GER upper airway symptoms were the most prevalent. It was detected in 9% in subjects with typical GER symptoms. Globus occurred in 7%, while other atypical symptoms were reported by less than 5% of the subjects. Typical GER symptoms occurred more frequently in females, coffee drinkers and subjects with moderate obesity. Current and former smoking, alcohol use were associated with increased GER symptom prevalence. **Conclusions:** In contrast to the studies carried out in the western countries South-East Hungarian subjects seem to have less GER related symptoms.

10

**A POUCH KÉPZÉSEL JÁRÓ ILEOANALIS ANASTOMOSIS MŰTÉTEK HOSSZÚTÁVÚ KIMENETELE COLECTOMIÁN ÁT-ESETT COLITIS ULCEROSÁS BETEGEKBE-ELŐZETES TANULMÁNY**Bálint A.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Czindéri V.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Palkó A.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem, I. Belgyógyászati Klinika, Szeged<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem, Radiológiai Klinika<sup>2</sup>

**Bevezetés:** Az elmúlt évek során a colitis ulcerosa (UC) műtéti megoldása jelentős fejlődésen ment keresztül, azonban a klinikai gyakorlatban a jelenleg alkalmazott proctocolectomia és ileum-pouch anális anastomosis (IPAA) képzés sem eredményez minden esetben teljes tünetmentességet. Jelen vizsgálatunk célja az IPAA képzésen átesett UC-ás betegekben felmérni a műtét hosszú távú klinikai és funkcionális kimenetelét és a betegek életminőségét. **Betegek és módszerek:** A demográfiai és a klinikai adatok gyűjtése mellett meghatározzuk a Pouchitis Disease Activity Index értékét. Az endoszkópos vizsgálatot megelőzően székletmintát gyűjtünk széklet calprotectin, széklet MMP-9 meghatározásra. A pouch funkciójának felmérésére az Öresland score-t alkalmazzuk, továbbá minden beteget megkérünk a Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire kitöltésére. A cuff hossza, a varratvonal magassága, valamint a nyálkahártya pontos megítélésére céljából endoszkópos vizsgálatot végzünk. A külső és belső anális sphincter funkciójának felmérésére anorectalis manometria elvégzésére kerül sor. A pouch nagyságának, úrtartalmának pontos megítélésére céljából kontrasztos hasi CT vizsgálatot végzünk. **Eredmények:** 37 beteg adatait értékeltük az eddigiek során. A bevont betegek átlagos életkora a diagnózis felállításakor 27 év volt, az átlagos betegség fennállás ideje a műtétkor pedig 8,3 év. Az átlagos életkor a műtét idején 35 évnek bizonyult. A betegek 49%-ában a colectomia súlyos aktivitás miatt történt, 46%-uk műtéti indikációját pedig a krónikus, terápia refrakter colitis ulcerosa képezte. Egy beteget colorectalis carcinoma kialakulása miatt műtöttek meg. Az átlagos PDAI 4,08 pont, az átlagos széklet calprotectin 381,8 µg/g, az átlagos MMP-9 értéke 7,4 ng/mL és az átlagos CRP 7,7 mg/L volt a bevonás időpontjában. A kimenetelt illetően, 12 beteg esetén pouchitist, 13 betegnél pedig cuffitist találtunk a műtétet követő időszakban. A pouchitisek 66,6%-ában a műtéti indikáció a súlyos aktivitás volt, míg a pouchitisek 16,6%-a a korábban krónikusan aktív lefolyást mutató UC-s betegekben alakult ki.

**Következtetés:** A műtétre kerülő betegek egy része krónikus, más részük akut, súlyos, a bélmentő kezelésre nem reagáló betegségük, kisebb hányada pedig a vastagbélben dysplasia kialakulása miatt szorul műtéti megoldásra. A betegek életminőségét, a korai és késői szövődmények gyakoriságát a betegek preoperatív általános állapota, a műtéti indikáció és a betegség aktivitása egyaránt befolyásolhatja

11

**KYNURENIC ACID AND ITS NOVEL ANALOGUE SZR-72 DIMINISH THE SEVERITY OF EXPERIMENTAL ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS**Balla Z.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>2</sup>, Kormányos E.<sup>2</sup>, Bálint E.<sup>1</sup>, Kiss L.<sup>1</sup>, Iványi B.<sup>3</sup>, Vécsei L.<sup>4</sup>, Fülöp F.<sup>5</sup>, Varga G.<sup>6</sup>, Harazin A.<sup>8</sup>, Deli A. M.<sup>8</sup>, Hegyi P.<sup>7</sup>, Ifj. Rakonczay Z.<sup>1</sup>, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Hungary<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of

Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary<sup>3</sup>, Department of Neurology, University of Szeged, Hungary<sup>4</sup>, Institute of Pharmaceutical Chemistry, University of Szeged, Hungary<sup>5</sup>, Institute of Surgical Research Center, University of Szeged, Hungary<sup>6</sup>, Univ. of Pécs, Institute for Transl. Med. & 1st Dep. of Medicine, MTA-SZTE Transl. Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary<sup>7</sup>, Neuroscience Research Group, Biological Research Center, Szeged, Hungary<sup>8</sup>

**Background:** The pathogenesis of acute pancreatitis (AP) is not well understood, the disease has no specific therapy. L-kynurenic acid (KYNA) and its analogue SZR-72 have immune modulatory roles in several inflammatory diseases. KYNA and SZR-72 function as antagonists on the endogenous glutamate receptors (NMDA).

**Aim:** We investigated the effects of KYNA and SZR-72 on experimental AP.

**Methods:** In the AP groups, SPRD rats (n=6-8) were injected i.p. with 3 g/kg L-ornithine 1 hour after the administration of physiological saline (PS) or 30-300 mg/kg SZR-72 or KYNA. Control animals were injected i.p. with PS instead of L-ornithine and/or 30-300 mg/kg SZR-72 or KYNA. Laboratory and histological parameters were measured to evaluate disease severity. We used propidium-iodide fluorescence measurement to evaluate the viability of isolated pancreatic acini in response to L-ornithine, KYNA or SZR-72 administration.

**Results:** Pancreatic NMDA-1 receptor expression was detected by RT-PCR. The injection of L-ornithine resulted in necrotizing AP in rats. Pre-treatment of AP rats with 30 mg/kg SZR-72 or KYNA did not effect disease severity. All laboratory and histological parameters in AP rats were significantly reduced in response to treatment with 300 mg/kg SZR-72 or KYNA. Incubation of L-ornithine-treated (10-20 mM) isolated acini with 250 µM KYNA or SZR-72 significantly increased cell viability.

**Conclusions:** Our experiments demonstrated that SZR-72 and KYNA have a dose-dependent protective effect on L-ornithine induced AP. Both KYNA and SZR-72 exerted beneficial effects on AP severity. We assume that NMDA receptors are responsible for this effect.

## 12

### NEUROENDOKRIN TUMOROK KÓRHÁZUNKBAN

Balla E.<sup>1</sup>, Csefkó K.<sup>1</sup>, Pink T.<sup>1</sup>, Gaál A.<sup>1</sup>, Csintalan Z.<sup>1</sup>, Pepa K.<sup>1</sup>, Bodor A.<sup>2</sup>, Varga M.<sup>1</sup>, Gasztroenterológia, dr. Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet, Békéscsaba<sup>1</sup>, Patológia, dr. Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet, Békéscsaba<sup>2</sup>

**Bevezetés:** A neuroendokrin tumorok a szervezetben szétszóródott neuroendokrin sejtekből kiinduló tumoros elváltozások. Bárhol kialakulhatnak, leggyakrabban tüdőben, vékonybélben, rectumban, gyomorban, appendixben, coecumban, pancreasban, colonban, sigmoidban. Bioaktív anyagokat kiválasztva carcinoid szindrómát okozhatnak, mely jellegzetes tünetei: flush, hasmenés, hasi fájdalom, szívbetegség, fulladás, bronchusgörcs. Sok esetben azonban tünetmentesek. A neuroendokrin daganatok diagnosztikájának és kezelésének fejlődésével a betegek száma egyre több, a túlélési idő is nő. Az incidencia az elmúlt 30 évben ötszörösére nőtt. **Módszer:** Gasztroenterológiai Ambulanciánkon 2002-2016 között diagnosztizált neuroendokrin tumoros betegek anyagait gyűjtöttük össze. Néhány beteg esetét kiemelve a diagnosztika nehézségeire hívnánk fel a figyelmet. **Eredmények:** 2002-2010 között évente 1-1, 2011-től évente 4-10 esetet észleltünk, az elmúlt 15 év alatt összesen 46-ot. Betegeink 76%-a carcinoid szindróma tünetei miatt került ambulanciánkra, 13%-uk kivizsgálását multiplex májmetastasis miatt kezdtük, 11%-uk tünetmentes volt. Leggyakrabban a vastagbélben, a vékonybélben, a gyomorban diagnosztizáltuk a neuroendokrin tumort, néhány betegünkön ritkább lokalizációban: nyelőcsőben, pajzsmirigyben, prostatában, orrüregben, epeútban. **Esetek:** Nyelőcsőben talált neuroendokrin tumor sokszor tüdőfolyamat áttérése, 1. esetünkön azonban primer oesophagus neuroendokrin tumort igazoltunk, mely ritka lokalizációja e betegségnek. Ritka lokalizációjú

volt még a pajzsmirigyben, a koponyában, a prostatában, az orrüregben észlelt primer tumor. 2. esetünkben duodenumra terjedő térfoglaló folyamat epeúti eredetű, kevert adenocarcinoma-neuroendokrin tumor volt. 3. betegünkön a duodenumból távolítottunk el banalis polypust, melynek szövettani vizsgálata neuroendokrin tumort igazolt, a somatostatin receptor scintigraphia a pajzsmirigyében és a koponyájában mutatott aktivitásfokozódást. Előfordult, hogy carcinoid szindróma tüneteit észleltük, de csak évekkel később tudtuk a tumort kimutatni. Több betegnek évek óta meglévő hasmenéses panaszait irritábilis bél szindrómának tartották, pedig neuroendokrin tumor okozta a tüneteit. **Konklúzió:** A neuroendokrin tumorok diagnosztikájában és kezelésében különösen fontos a társszakmakkal való együttműködés. A társszakmák összefogásával a kórházunkban diagnosztizált neuroendokrin tumoros esetek összegyűjtését kezdeményeztük.

## 13

### COMPARISON OF MANUAL AND AUTOMATED SAMPLE PREPARATION FOR SEPTIN9 ANALYSIS

Barták B.<sup>1</sup>, Kalmár A.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>1</sup>, Wichmann B.<sup>2</sup>, Tóth K.<sup>1</sup>, Galamb O.<sup>1</sup>, Patai Á. V.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest<sup>2</sup>

**Introduction:** Blood-based colorectal cancer (CRC) screening test, Epi proColon® (Epigenomics AG) detects the methylation status of Septin9 (SEPT9) gene in cfDNA fraction. The present manual workflow is slow and tedious, the results show high variations; therefore an automated process is required for large-scale testing. **Aims:** Our aim was to compare 2 different manual DNA isolation methods with automated sample preparation using Invigenius® system (Stratec Biomedical AG) for SEPT9 analysis. Furthermore, our purpose was to determine the cfDNA concentration and SEPT9 positivity in normal (N), adenoma (AD) and CRC samples collected in a standardised workflow in Hungary and from several laboratories under non-standardised environment in Germany in order to find differences in results due to sample source and processing site. **Methods:** 11 ml plasma samples were collected from 10 N, 10 AD, 20 CRC patients at Semmelweis University (SE), and additional 10 N and 10 AD, collected in Germany (G). CfDNA fraction was extracted with 3 different sample preparation processes: HP Viral Nucleic Acid kit (Roche), Epi proColon 2.0 on manual and on automated workflow using Invigenius®. After bisulfite-conversion, RT-PCR was performed using Epi proColon Sensitive PCR Kit. **Results:** DNA amount showed an increasing tendency during the N-AD-CRC sequence in SE samples, and was significantly higher in ADs in comparison to German samples using all 3 methods. Highest concentration was found in the samples isolated with Epi proColon manual workflow in all stages. SEPT9 positivity of SE normal, AD and CRC samples isolated with Epi proColon was observed in 20%, 60% and 95%, respectively. In contrast, in case of German samples, SEPT9 was methylated in 30% of healthy and 20% of AD patients. Automated workflow on the Invigenius® has lower performance than the manual for DNA yields as well as for SEPT9 results (20%, 0%, and 60% of N, AD and CRC). The „Roche“ workflow delivered the weakest results, because the SEPT9 positivity was 50% in normals and in cancerous stages too. **Conclusion:** We found that cell-free DNA concentration and SEPT9 positivity are strongly influenced by the sample source and preparation methods. A standardised workflow is essential for the high sensitivity of the assay. The automation process makes the isolation easier, increases the throughput; however shows weak results than the manual workflow.

## 14

### THE ROLE OF AQUAPORINS IN PANCREATIC DUCTAL FLUID SECRETION

Becskeházi E.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>2</sup>, Balázs A.<sup>2</sup>, Sendler M.<sup>3</sup>, Kühn J.<sup>3</sup>, Rakonczay Jr. Z.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>4</sup>, Venglovecz V.<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Ernst-Moritz-Armdt-University, Greifswald,

Germany<sup>3</sup>, Institute for Translational Medicine and First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>4</sup>

**Background.** Acute pancreatitis (AP) is a multicellular disease which usually associated with impaired fluid secretion by the ductal cells. Contribution of aquaporins (AQPs) to this fluid secretion is less characterized, therefore our aim in this study was to determine the role of AQPs in ductal fluid and HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> secretion using AQP knock out (KO) mice. **Methods.** Intra/interlobular pancreatic ducts were isolated from mice by collagenase digestion. Pancreatic HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> secretion was measured using the Cl<sup>-</sup> withdrawal technique, whereas the rate of ductal fluid secretion was determined by video microscopy. Pancreatic juice secretion was examined in vivo in anesthetized mice using magnetic resonance imaging cholangiopancreatography. **Results.** Intracellular pH alkalisation induced by removal of luminal Cl<sup>-</sup> was significantly reduced in AQP-1 (42±3,2%) and AQP-4 (52±4,5%) KO vs. wild type (WT) mice. There were no significant changes in the basal fluid secretion between WT and KO ducts. In contrast, stimulation of the ducts with 5 µM forskolin caused swelling of the WT ducts, whereas ducts from AQP-1 and AQP-4 KO mice showed no or only a slight response to forskolin. On retro-orbital injection of 10 U/kg body weight secretin, the increase in total excreted volume (TEV) in WT animals (0.023 TEV/cm<sup>3</sup>) was significantly higher than in AQP-1 (0.0041 TEV/cm<sup>3</sup>) and AQP-4 KO animals (0.0068 TEV/cm<sup>3</sup>). **Conclusion.** Pancreatic fluid and HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> secretion significantly reduced in AQP-1 and AQP-4 KO mice, indicating that AQPs play an essential role in pancreatic fluid secretion.

15

#### MIT TEHETÜNK EGY ACHALASIAS BETEGGEL, HA A MŰTÉT ÉS AZ ENDOSZKÓPOS TÁGÍTÁS IS ELLENJAVALLT?

Benkő É.<sup>1</sup>, Bálint L.<sup>1</sup>, Inczei O.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, SZTE I. Belgyógyászati Klinika, Szeged.<sup>1</sup>

**Bevezetés:** Az alsó oesophageális sphincter ellazulási képtelensége, az achalasia egy viszonylag ritka kórkép. Előfordulási aránya 1:100.000. Egy egészen más szakterület betegsége, a veleszületett teljes nagyér-transzpozíció gyakorisága csupán néhány ezrelék. Az, hogy mindkét betegség egyazon betegnél forduljon elő rendkívül ritka. **Esetismertetés:** A szerzők egy 26 éves férfi esetét mutatják be, akinél veleszületett teljes nagyér-transzpozíció miatt csecsemőkorban életmentő műtétet hajtottak végre. Két évvel ezelőtt a fokozódó nyelési nehezítettség háttérében az elvégzett vizsgálatok achalasia cardiaea I-es típusának a fennállását igazolták. Emellett a gasztroszkópia során a tágult nyelőcsőben a krónikus szívelégtelenség szövődeményeként kialakult gr. II-III. varicositás volt látható gr. I-II. subcardialis visszértágulatokkal. A fiatalkori achalasia elsődleges terápiáját jelentő műtéti megoldást a magas kardiovaszkuláris kockázat miatt az aneszteziológiai konzílium ellenjavallta. A nyelőcsőben és a subcardialis területen leírt visszértágulatok miatt pedig a ballonos tágítás sem jöhetett szóba. A szerzők ebben a speciális esetben egy öntáguló fémsztent átmeneti beültetése mellett döntöttek, mellyel a kitágult vénás hálózat helyi kompressziója és az achalasia terápiás ellátása egyaránt megvalósult. A sztentet 5 nap után eltávolítva a beteg nyelési panaszai nem tértek vissza, súlya gyarapodásnak indult, utóbb a szívbetegsége miatt esedékes újabb korrekciós műtétet is sikerrel elvégezték. Az azóta eltelt 2 évben relapszus nem jelentkezett. A szerzők az eset kapcsán beszámolnak egy, a témában elvégzett és összegzett ázsiai kutatásról is, melynek során 120 achalasiás beteg kezelése történt az ismertettét módszerrel. **Összegzés:** Az eset rámutat arra, hogy az achalasia palliatív endoszkópos terápiájában speciális körülmények fennállása esetén az öntáguló fémsztent átmeneti behelyezése reális alternatívája lehet a ballonos nyelőcső tágításnak.

16

#### ALTERED MUCOSAL EXPRESSION OF MICRO RNA-S IN PEDIATRIC PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Béres N.<sup>1</sup>, Kiss Z.<sup>1</sup>, Müller K.<sup>1</sup>, Cseh Á.<sup>1</sup>, Sztupinszki Z.<sup>1</sup>, Lendvai G.<sup>2</sup>, Arató A.<sup>1</sup>, Sziksz E.<sup>3</sup>, Yannay Á.<sup>3</sup>, Szabó A.<sup>1</sup>, Veres G.<sup>1</sup>, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, MTA-SE Tumor Progression Research Group, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>2</sup>, MTA-SE Pediatrics and Nephrology Research Group, Budapest, Hungary<sup>3</sup>

**Introduction:** Non-coding small RNA-s, called microRNAs (miRs) came recently into focus as promising novel research targets offering new insights into the pathogenesis of inflammatory bowel diseases (IBD). Since the diagnosis of IBD is often challenging especially in pancolitis or ileal involvement without colonic appearance, there is a need to determine new disease biomarkers. **Aims:** The aim of the present study was to identify a pediatric IBD characteristic miR profile serving as potential Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC) specific diagnostic pattern. Our next aim was to further analyze the related target genes of the miRs to reveal their complex role in the pathomechanism of IBD. **Methods:** Illumina small RNA sequencing was performed on fresh-frozen macroscopically inflamed (CD inflamed, n=4) and intact, non-inflamed (CD intact, n=4) colonic biopsies of therapy-naive children with CD and control patients (C, n=4). Selected 18 miRs were further investigated by real-time reverse transcription PCR using an extended number of patients (CD inflamed, n=15, CD intact, n=10, UC, n=10, C, n=11). To analyze network connection of differentially expressed miRs and their target genes in pediatric IBD according to the MiRTarBase database and previous transcriptome sequencing data used. **Results:** Sequencing analysis identified 148 miRs that altered in the inflamed mucosa compared to the intact mucosa of IBD patients or controls. Twenty-two miRs differently expressed in the intact mucosa of CD patients compared to controls. Subsequent analysis by RT-PCR revealed differently expressed miRs which could discriminate between the inflamed mucosa of CD and UC (miR-31, -125a, -142-3p, and -146). Moreover, the expression of miR-20a, -100, -185, -204, and -221 was elevated in the intact mucosa of CD patients compared to controls, referring to the differences between the non-inflamed mucosa. The target gene screening, annotation and enrichment analysis identified the IBD-related functional groups (inflammation, fibrosis and angiogenesis). **Conclusions:** We demonstrated a characteristic colonic miR pattern in pediatric patients with IBD which could facilitate the deeper understanding of the pathomechanism of IBD and may serve as a diagnostic tool in the future. **Keywords:** microRNA, pediatric, inflammatory bowel disease, Crohn's disease, ulcerative colitis

17

#### BUDD-CHIARI SZINDRÓMA, POLYCYTHAEMIA RUBRA VERA, HEPATORENALIS SZINDRÓMA, MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ. ESETISMERTETÉS.

Beyathy S.<sup>1</sup>, Takács E.<sup>1</sup>, Csikós D.<sup>1</sup>, Takács E.<sup>1</sup>, Blans B.<sup>2</sup>, Kovács É.<sup>3</sup>, Deák G.<sup>4</sup>, Czeglédi A.<sup>5</sup>, Masszi T.<sup>5</sup>, Görög D.<sup>6</sup>, Máthé Z.<sup>6</sup>, Schuller J.<sup>1</sup>, Taller A.<sup>1</sup>, Gasztroenterológia, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest<sup>1</sup>, Központi Röntgen Diagnosztika, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest<sup>2</sup>, CT és Intervenció Radiológiai Osztály, Heim Pál Gyermekkorház, Budapest<sup>3</sup>, Nefrológia, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest<sup>4</sup>, Hematológiai és Össejt-transzplantációs Osztály, Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Budapest<sup>5</sup>, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>6</sup>

**Bevezetés:** A Budd-Chiari szindrómát (BCS) a hepaticus vénák és/vagy a vena cava inferior (VCI) trombózisa vagy külső kompressziója okozza. Ritka, de a májelégtelenség, ill. a megváltozott splanchnicus nyomásviszonyok miatti súlyos szövődemények következtében potenciálisan életet veszélyeztető kórkép. Hasi fájdalom, hepatomegalia és ascites a jellemző triász. Lefolyása a krónikus, larvált esetektől egészen a fulmináns képig terjedhet. Gyakorta fiatal felnőttkorban alakul ki. **Esetismertetés:** A 26 éves orális anticoncipienst szedő nő anamnézisében a felvételt meg-

előző fél évben szokatlanul hosszan tartó és nem típusos gastroenteritis-szerű panaszon kívül említésre méltó betegség nem szerepel. Két hete tartó hasi dyscomfort, meteorizmus és has körfogat növekedés miatt jelentkezett Sürgősségi Osztályon. Minimális GGT emelkedésen (63 IU/L) túl laboreltérés nem mutatkozott. A hasi UH jelentős mennyiségű ascitist igazolt. Nőgyógyászati vizsgálattal eltérést nem találtak. A kiegészítő Doppler hasi UH során a VCI részleges okklúziójának gyanúját vetették fel. Az akut hasi CT vizsgálat a bal és középső v. hepatica teljes, a jobb v. hepatica részleges okklúziójára derített fényt, az intrahepaticus szakaszon komprimált VCI-ral. A gastroscopiával oesophagus varicositas látszott. A JAK-2 pozitívitas miatti crista bipopsia polycythaemia rubra verat (PRV) igazolt. A kezelés ötödik hónapjában anticoaguláns és kombinált diuretikus kezelés ellenére terápia refrakter ascites, majd néhány nap alatt 1. típusú hepatorenalis szindróma (HRS) alakult ki. A haemodialízis megkezdését követő tízedik napon sikeres májtranszplantáció történt. A transzplantációt követően röviddel megkezdődött a PRV miatti roxilitinib kezelés is. **Konklúzió:** A hasi UH vizsgálat nem tekinthető teljes értékűnek, ha elmarad a Doppler fej használata. BCS hátterében a haemostaseológiái eltéréseken túl keresni kell myeloproliferatív betegséget is. Utóbbi vizsgálatára a JAK-2 meghatározás megbízható marker. A BCS diagnózisának felállítását követően a beteget transzplantációs listára kell venni. A HRS azonnali haemodialízist és sürgős májtranszplantációt igényel. A poszt-transzplantációs időszakban a roxilitinib kezelés biztonságosan folytathatónak látszik.

18

#### CINK KEZELÉS WILSON KÓRBAN. A GYÓGYSZERFORMULÁLÁS SZEREPE

Birinyi P.<sup>1</sup>, Németh D.<sup>2</sup>, Szalay F.<sup>2</sup>, Mikszáth Gyógyszertár 1088 Budapest Mikszáth Kálmán tér 4.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem I.sz. Belgyógyászati Klinika<sup>2</sup>

A Wilson-kór kezelés nélkül fatális. A tüneteket az ATP7B gén mutációja következtében toxikus mértékben felhalmozott réz okozza. A betegség kezelésére a leginkább elterjedt gyógyszerek a kelátképzők (D-penicillamine, trientine). Sok beteg esetében azonban ezek nem alkalmazhatók, például penicillin allergia vagy mellékhatások miatt. Ilyenkor indokolt a cinkkezelés.

A cink hatásmechanizmusa kettős. Egyrészt kompetitíve képes a réz leszorítani a kötőhelyekről, ezúton gátolja a bélből a réz felszívódását, másrészt indukálja a fémeket kötő peptid, a metallothionein szintézisét. A klinikai gyakorlatban nehézséget okoz a megfelelő dózis bevitel, a hatékony forma alkalmazása és a mellékhatások. Leggyakrabban a cink-szulfát okoz mellékhatásokat, ami a drága import cink gyógyszerekre is igaz.

Célul tűztük ki egy biztonságos, kevés mellékhatással rendelkező, emelt dózisu, kedvező árú készítmény kifejlesztését. Fontos szempont volt, hogy az alkalmazott cink só ne okozzon gyomorirritációt, és hogy a szervezet számára közömbös anionhoz legyen kötve. További cél volt, a lehető legjobb biohasznosulás elérése megfelelő gyógyszerforma megválasztásával.

Ezért került sor a cink-acetát-dihidráttal, mint új magisztrális hatóanyag forgalomba hozatalának engedélyeztetésére az OGYÉI-nél, s ezért kértünk az OEP-től a gyógyszerári szubsztanciának közfinanszírozást és közgyógyellátást. A választott gyógyszerforma nyújtott hatóanyag leadású tablettá lett, mert így mérsékeljük a gyomorirritáció kockázatát és hatékonyabbá tettük a réz felszívódásának gátlását a jejunum teljes szakaszán.

Az újonnan bevezetett terápiával kedvező tapasztalatokat szereztünk. Kelátképző ellenjavallat vagy intolerancia esetén a betegek laborértékei rendeződtek, a rézanyagcseréjük egyensúlyban maradt (n=28). Kelátképző kezelést követően, a tünetmentes betegeknél fenntartó terápiaként alkalmazott cinkkezeléssel is tartani tudtuk az egyensúlyt (n=22). Számos esetben (n=10) első kezelés-ként adtuk a cink-acetát tablettát, és nem is volt szükség kelátképző adására. Enyhe gastrointesztinális mellékhatást csak néhány esetben észleltünk. Megfelelő folyadékbevitel és a gyógyszerbevitel időzítése révén a panaszok megszűntek.

Összefoglalva, az általunk formulált nyújtott hatóanyag leadású cink-acetát-dihidráttal tablettá sikerrel alkalmazható Wilson betegek kezelésére. Nem elhanyagolható szempont a külföldi gyógyszerekkel szembeni árelőny.

19

#### STRESSZKEZELÉS A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN

Bíró G.<sup>1</sup>, Budapest, Főváros II. kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat, Gasztroenterológia;<sup>1</sup> Pszichofészek, Pszichoterápiás rendelő<sup>2</sup>

Számtalan gasztroenterológiai betegség kialakulásában az organikus eltérések mellett nagy szerepet játszanak a bio-pszichoszociális tényezők, ezen belül is a stressz. A tartósan fennálló, krónikus stressz leggyakrabban az IBS ill. az IBD esetén érhető tetten. Magát a stresszt nem tudjuk a páciensek életéből kiiktatni, de azt, hogy ezt hogyan éljük meg, miként gondolkozunk róla, hogyan dolgozzák fel, azt képesek lehetünk befolyásolni, alakítani, és ezzel az általuk okozott szervi károsodást mértékét csökkenteni, a betegség lefolyását enyhíteni. Világszerte egyre szélesebb körben terjed az igény ezen betegek komplex kezelésére, melynek része a pszichoterápia.

Létezik ezen belül egy speciális stresszkezelő tréning, a Williams Életkézségek Program, melynek keretében egyszerű, a mindennapokban jól alkalmazható stresszkezelő stratégiákat és kommunikációs technikákat sajátíthatnak el a betegek. A programot az egyesült államokbeli Duke Egyetem vezető szakemberei dolgozták ki, több évtizedes csoportterápiás tapasztalatok és a stresszkutatás legfrissebb eredményeinek felhasználásával. Az USA-ban közel 20 éve sikerrel alkalmazzák, elsősorban kardiológiai betegek rehabilitációjában. A program magyar változatát a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet munkatársainak közreműködésével 2004-ben dolgozta ki a Selye János Magyar Magatartástudományi és Magatartásorvoslási Társaság. A szakmai színvonal biztosítása érdekében a Williams Életkézségek tréninget, mely egy strukturált, meghatározott egységekből álló, kiscsoportos foglalkozás keretében zajlik, kizárólag a Williams LifeSkills Inc. által elismert okleveles Facilitátorok tarthatnak. A 16 órás tréning során a résztvevők olyan készségeket sajátítanak el, melyek segítségével tudatosan csökkenthetik a stresszrel járó feszültségeket, megtanulhatnak máshogy gondolkodni a stresszről, így a stressz okozta betegségek előfordulását, lefolyását befolyásolni tudják.

Nagyszámú adat még nem áll rendelkezésre arról, hogy gasztroenterológiai betegségek esetén ez mennyire lehet hosszútávú hasznos, de WÉK facilitátorként a kezdeti tapasztalataim, elsősorban IBS-ben és IBD-ben szenvedő betegek esetében kedvezőek, így azt gondolom, hogy ez a módszer kedvezően alkalmazható ezen betegek komplex kezelésében.

20

#### ABERNETHY MALFORMATIO

Bódi P.<sup>1</sup>, Kolozsvári E.<sup>1</sup>, Somogyi D.<sup>1</sup>, Sipos P.<sup>1</sup>, Békés Megyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház Gyermekosztálya, Gyula<sup>1</sup>

Noel, édesanya II/2. várandóságából, a 40. gestations héten, 2940 g súllyal per vias naturales, Apgar 9/10 státuszban született. Négy napos életkorban thrombocytopenia, direkt serum bilirubin szint emelkedés, perinatalis infectio miatt kérték átvételét. Felvételi státuszából zöldes-sárgás bőrszín, jelentős hepatosplenomegalia, kifejezetten tömeges has és szívzöreje emelendő ki. Laboratóriumi paramétereiben mérsékelt magasabb CRP érték, thrombocytopenia mellett májsejt necrosis, cholestasis, emelkedett LDH szint, valamint direkt hyperbilirubinaemia mutatkozott, coagulomeghibavart nem detektáltunk. Hasi UH vizsgálat hepatosplenomegaliát, jobb oldali pyelectasiát detektált, emellett felvetette a portalis érfejlődési rendellenesség lehetőségét. Hepatotrop vírus vizsgálatok eltérést nem mutattak, HIDA vizsgálattal kifejezetten lassult kiválasztás, késve induló, de akadálytalanul látszó epeürülés volt detektálható.

A SE I. számú Gyermekklinikára irányítottuk, ahol hasi UH vizsgálat ismétlése mellett angio CT vizsgálatot végeztünk, mely megerősítette a portalis keringés zavarát. A v. portae főtrözsze hiányzik, helyette egy atípusos értörzs vezet az incisura hepatis felé, melyből az intrahepatikus véna umbilicalison keresztül telődik a porta rendszer nagy része. A májtok alatt ez aneurysmaszerű tárgyat is telődött. A leírt morfológiai kép hemodinamikai relevanciával nem jár.

Esetismertetésünk kapcsán a portalis keringési zavarokról kívánunk áttekintést adni.

## 21

### TRANSPAPILLARY ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF INFECTED COLLECTION IN ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS

Bodnár Z.<sup>1</sup>, Bokor L.<sup>2</sup>, Tóth E.<sup>1</sup>, Vinnai G.<sup>3</sup>, Dept. of Medicine, Kenézy Teaching Hospital, Debrecen<sup>1</sup>, Dept. of General Surgery, Kenézy Teaching Hospital, Debrecen<sup>2</sup>, Dept. of Radiology, Kenézy Teaching Hospital, Debrecen<sup>3</sup>

A case of a 32 year-old female patient is presented. She was admitted to our hospital due to upper abdominal pain, and jaundice of acute onset. Biliary duct obstruction and acute consecutive pancreatitis was diagnosed. Obstructing CBD stone was removed on ERCP after performing biliary EST and a small caliber (5F 5 cm) pancreatic plastic stent was inserted into the pancreatic duct (PD). Her symptoms progressed and evidences of necrotizing pancreatitis were seen on CT scan showing fluid collection with intra-, peri-, and extrapancreatic location. Despite conservative treatment including nasojejunal tube feeding and antibiotics her CRP level elevated and she was febrile. Infected necrosis requiring drainage was suspected in the background. Neither surgical nor radiological drainage were found to be feasible on multidisciplinary discussion. Repeated ERCP revealed cloudy, purulent discharge from PD near the small caliber stent. Opacification of PD showed contrast leak from the body of pancreas forming an irregular collection. After removing the previous stent a double pigtail stent was inserted transpapillary into the collection. Continuing her supportive medical treatment our patient gradually improved and was discharged 3 weeks later. Her follow-up CT scan showed resolution of collections and she underwent elective laparoscopic cholecystectomy 3 months later. Pancreatic double pigtail stent was removed after a total period of 6 months uneventfully.

In conclusion, potentially infected pancreatic collections may be managed effectively endoscopically although multidisciplinary approach involving surgeon and interventional radiologist is essential to find the best way of patients' care.

## 22

### SEVERE HYPERTRIGLYCERIDAEMIA SIGNIFICANTLY INCREASES THE RISK OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Bodor G.<sup>1</sup>, Párniczky A.<sup>2</sup>, Czákó L.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>3</sup>, Izbéki F.<sup>4</sup>, Halász A.<sup>4</sup>, Hamvas J.<sup>5</sup>, Takács R.<sup>5</sup>, Góg C.<sup>6</sup>, Bod B.<sup>7</sup>, Vincze Á.<sup>8</sup>, Hegyi P.<sup>3,8,9</sup>, Németh B.<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary<sup>2</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>3</sup>, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary<sup>4</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary<sup>5</sup>, Healthcare Center of County Csongrád, Makó, Hungary<sup>6</sup>, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary<sup>7</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>8</sup>, MTA-SZTE Momentum Translational Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary<sup>9</sup>

**Introduction:** Acute pancreatitis (AP) is a multifactorial inflammatory disease of the pancreas. The most frequent etiological factors are biliary obstruction and alcohol consumption. Lipases secreted by pancreatic acini cleave triglycerides and release free fatty acids that known to destruct cells directly. Therefore, hypertriglyceridaemia might cause AP independently. Association between hypertriglyceridaemia and the severity of pancreatitis (according to the revised Atlanta classification) have not

been studied yet. **Aims:** Our aims were to investigate association between the severity of acute pancreatitis and hypertriglyceridaemia and body mass index (BMI). **Methods:** Clinical data analysis of 600 patients (in 14 centers) with acute pancreatitis recruited by the Hungarian Pancreatitis Study Group (HPSG). **Results:** Triglyceride levels were measured on admission in 113 cases (19%) out of 600 patients. Hypertriglyceridaemia was identified as the etiological factor of pancreatitis in 8.06% of men and in 3.77% of women. Length of hospitalization (mild: 8.28±0.21 days, moderate: 14.55±0.5 days, severe: 26,23±3,11 days) and mortality (mild: 0.27%, moderate: 0.56%, severe: 28.3%) were significant in severe acute pancreatitis. Highly elevated serum triglyceride levels (>40 Mm/l) significantly increased the frequency of severe AP (OR: 4.13±0.61, 95% CI: 1.25-13.61). We did not find any association between BMI and the development of severe acute pancreatitis. **Conclusion:** The frequency of moderate and severe AP is increased in hypertriglyceridaemia-induced cases. The risk of severe acute AP is significantly increased if highly elevated triglyceride levels (over 40 mM/L) were measured, therefore measurement of serum triglyceride levels in patients with acute pancreatitis is reasonable on admission.

## 23

### ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION FOR THE DIAGNOSIS OF SOLID PANCREATIC CANCERS

Bor R.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Fábrián A.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Milassin Á.<sup>1</sup>, Czákó L.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szűcs M.<sup>3</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, Hamar S.<sup>2</sup>, Kaiser L.<sup>2</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>3</sup>

**Introduction:** Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration (EUS-FNA) is recommended as the first line sampling procedure for the histological/cytological diagnosis of solid pancreatic cancer. Currently, there are no evidence based guidelines about the detailed methods of sampling and processing of samples, therefore, they vary substantially across medical centers. **Aims and Methods:** To compare the diagnostic yield of EUS-FNA samples obtained with stylet capillary suction technique or with standard suction using a 5 mL syringe based on the classification of Papanicolaou Association in 75 prospectively enrolled patients with solid pancreatic masses. The number of diagnostic samples, cellularity and bloodiness were assessed, and considering the result of study, we established a recommendation for sampling. **Results:** EUS-FNA sampling resulted diagnostic samples in 58 of 75 cases (77.33%): with standard suction in 57 cases (76.00%) and with capillary suction in 52 cases (76.33%). Technical success rate (100% vs. 93.33%) and the number of samples were significantly higher in the standard suction group (1.87 vs. 3.5; p<0.001). Although, there was no difference in the cellularity (1.75 vs. 1.52; p=0.2556), the blood contamination of samples obtained by standard suction was substantially increased (1.57 vs. 2.33; p<0.001), which made the pathological diagnosis difficult, therefore the rate of diagnostic samples was lower (47.36% vs. 33.23%; p=0.003). The cytological examination of fluid obtained by flushing the needle with saline was diagnostic in 29 cases (38.67%). In 40 cases histological samples were obtained, in 22 cases with both of the two techniques, in 11 cases only with capillary suction and in 7 cases only with standard suction. Histological samples were diagnostic in two third of the cases (67.50%). The diagnostic yield of EUS-FNA sampling was not influenced by the needle type, tumor size and location. **Discussion:** Both capillary and standard suction are effective in the EUS-FNA sampling of solid pancreatic masses. Due to higher negative pressure, standard suction is recommended in case of fibrotic pancreatic cancer, but the increased bloodiness of vascularized tumors decreases the diagnostic yield of sampling.

24

#### CLINICAL ROLE, OPTIMAL TIMING AND FREQUENCY OF MEASUREMENT OF SERUM INFLIXIMAB LEVELS AND ANTI-INFLIXIMAB ANTIBODY TITERS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Bor R.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Milassin Á.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Matuz M.<sup>2</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Fábrián A.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Faculty of Pharmacy, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>

**Introduction:** The introduction of biological treatment has made a major breakthrough in the management of inflammatory bowel disease (IBD). However, a substantial number of patients show only partial response, and in approximately 40% of initially responders loses its effect. The cessation of therapy or the switching to another biological drug currently depends mainly on the clinical judgement. Serum infliximab (IFX) and anti-infliximab antibody (ATI) levels are objective parameters, that may have a great role in the therapeutic decisions, but the optimal timing and frequency of their measurements are still not clearly defined. **Aims and methods:** Our aim was to assess the optimal timing and frequency of sampling for measurement of serum IFX and ATI levels during biological therapy. 48 IBD patients receiving maintenance IFX therapy were prospectively enrolled: 20 patients were in complete remission (responder group) and 28 patients showed inadequate response including partial and loss of response or the need for dose escalation. Blood samples were collected before and two and six weeks after the administration of IFX. We examined the correlation between these parameters and the present clinical and the long-term response. **Results:** Our results confirmed that the expression of ATI in the circulation is transient. Using the three points' measurements, ATI expression showed significant difference between the responder and inadequate responder group (5.0% vs 35.7%;  $p=0.016$ ), however, single sampling of the ATI was insufficient for predicting therapeutic response. In the inadequate responder group ATI expression were detected in 10 cases, however 4 patients showed appropriate long-term response. The mean value of week 0 serum IFX levels were significantly higher in the responder group ( $3.11 \pm 1.64$  vs.  $1.19 \pm 1.11$ ;  $p < 0.001$ ) compared to the inadequate responders without further difference on the second and sixth week. 70.8% of patients could have been categorized correctly based on the cut-off value of serum IFX level of  $2.281 \mu\text{g/ml}$  at week 0. On the long-term follow-up, 4 patients in the inadequate responder group with initially low serum IFX level responded. However, 2 patients in the inadequate responder group with high serum IFX level lost response on the follow-up. **Conclusion:** Our results suggest that the simultaneous measurement of serum IFX levels and ATI titers not only at week 0, but also at week 2 and week 6 after the administration significantly increase the diagnostic accuracy for the therapeutic decision in uncertainly responded patients and can serve as a highly precise tool for the evaluation of therapeutic response in the questionable situations.

25

#### A SZÉKLET HABITUS VÁLTOZÁSA ÉS MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEI INTENZÍV ELLÁTÁSRA SZORULÓ BETEGEKNÉL

Breitenbach Z.<sup>1</sup>, Kuklis E.<sup>1</sup>, Sz. Szabó S.<sup>1</sup>, G. Kisbenedek A.<sup>1</sup>, Polják É.<sup>1</sup>, Figler M.<sup>1</sup>, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Táplálkozástudományi és Dietetikai Intézet<sup>1</sup>

**Bevezetés/Célkitűzés:** A hasmenés és a székrekedés gyakran megjelenő probléma az intenzív osztályon, amely a betegek állapotát és gyógyulását nagymértékben befolyásolhatja. Vizsgálatunk célja, hogy felmérjük intenzív ellátásra szoruló betegeknél a széklet habitusának változását és előfordulását, valamint megvizsgáljuk a lehetőségeket a hasmenés/székrekedés megelőzésében és kezelésében. **Betegek/Módszerek:** 148, intenzív ellátásban töltött beteg kórházi dokumentációját tekintettük át a következő adatok figyelembevételével: életkor, nem, intenzív ellátás ideje, táplálás típusa, hossza, alkalmazott tápszerek, tápoldatok, gyógyszeres és egyéb készítmények, székletürítéssel kapcsolatos adatok, az osztályról történő távozás helye. A vizsgálatba való

bekerülés feltétele volt, hogy a beteg az intenzív ellátási egységen belül minimum 4 napot tartózkodjon. **Eredmények:** A betegek az intenzív ellátás keretében átlagosan  $9,72 \pm 9,07$  napot töltöttek. Az ellátás ideje alatt 11 betegnek normál székletürítése, 63 főnek székrekedése, 36 főnek hasmenése volt. 38 betegnél mindkettő egyaránt előfordult az intenzív terápia alatt. A lélegeztetés, a táplálás típusa és az alkalmazott antibiotikus terápia hatással volt a hasmenés előfordulására és idejére ( $p < 0,05$ ). Az opioid szerek és az ellátás ideje a székrekedés megjelenését nem befolyásolták ( $p < 0,05$ ). A megoldási lehetőségek között probiotikum, rostús tápszer, székletfogó valamint laktulóz szerepelt. **Következtetések:** A hasmenés mellett a székrekedés is jelentős probléma az intenzív ellátásra szoruló betegeknél. Kezelésükben a legjobb stratégia a következetes protokoll által vezérelt multidiszciplináris megközelítés.

26

#### ACCURACY OF GENETIC TEST (C13910 POLYMORPHISM) AND HYDROGEN BREATH TEST IN ADULT-TYPE HYPOLACTASIA: A RETROSPECTIVE STUDY

Buzás G.<sup>1</sup>, Fodor F.<sup>2</sup>, Csókay B.<sup>2</sup>, Ferencváros Health Centre Ltd, Gastroenterology, Budapest<sup>1</sup>, Genoid Molecular Diagnostic Laboratory, Synlab, Budapest<sup>2</sup>

**Introduction.** Adult-type hypolactasia is the most prevalent carbohydrate malabsorption. Aim. To assess retrospectively the distribution of C19310 genotypes and the accuracy and concordance of a genetic test and H<sub>2</sub> breath test in the diagnosis of adult hypolactasia. **Patients and methods.** In this retrospective study, 496 patients were enrolled. All patients had symptoms of lactose intolerance/malabsorption and underwent genetic tests by determining their C19310 genotype using a Taq-Man polymerase chain reaction. Written informed consent was obtained in all cases. A H<sub>2</sub> breath test was performed in 288 patients following a validated protocol, using 20 gr lactose, according to recommendations of the Hungarian Society of Gastroenterology. The distribution of C19310 genotypes, the sensitivity, specificity, positive and negative predictive values of a genetic and H<sub>2</sub> breath test were determined. The concordance of the two tests was assessed by Cohen's  $\kappa$  coefficient. **Results.** The prevalence of C19310 genotypes was: CC 47.9 %, TC: 40.5 % and TT: 11.5 %, respectively. When the genetic test was taken as the gold standard, the sensitivity of the H<sub>2</sub> breath test was 84.3 %, with a specificity of 95.7 %, a positive predictive value of 96.7 %, and a negative predictive value of 80.4 %. If the H<sub>2</sub> breath test was considered the gold standard, the accuracy of the genetic test was as follows: sensitivity 96.7 %, specificity 80.4%, positive predictive value 84.3% and negative predictive value 95.7 %. The concordance between the genetic and H<sub>2</sub> breath test was 0.78. In cases with positive genetic tests, the breath test was negative in 27 cases (15.6 %); conversely, in cases with a positive breath test, the genetic test was negative in 5 cases (3.3%). **Conclusion.** In symptomatic patients, the prevalence of lactase non-persistence genotype CC is 47.9%. The accuracy of the genetic test and H<sub>2</sub> breath test in the diagnosis of lactose intolerance is similar, so both can be used as the gold standard in daily practice. The value of the  $\kappa$  index signifies a good correlation of the tests. However, in some cases, the results are discordant, meaning that the tests should also be used complementarily. There should be a careful interpretation of discordant results.

27

#### HAZAI TAPASZTALATOK CROHN BETEG GYERMEKEK 1 ÉVES INFLIXIMAB KEZELÉSÉVEL – A PITSTOP VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI

Cseh Á.<sup>1</sup>, Müller K.<sup>1</sup>, Kustos E.<sup>1</sup>, Lotz B.<sup>1</sup>, Veres G.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekklinika<sup>1</sup>

A gyermekkori Crohn betegség terápiájában 2007. márciusától hazánkban is elérhetővé vált az anti-tumornekrózis-faktor-alfa kezelés. A klinikai, endoszkópos és szövettani tartós szteroid mentes remisszió elérésében a biológiai terápiának döntő szerepe van. A kezdetben elérhető kiméra formájú antitest, az infliximab

(Remicade) a közelmúltig volt elérhető frissen indított biológiai kezelésként, és 1 évig történt a finanszírozása. Ezután már újonnan megkezdett terápiában nem alkalmazható, hanem helyette a teljesen humán forma adalimumab (Humira) került bevezetésre hasonló feltételekkel. Irodalmi adatok alapján azonban a biológiai kezelések leállítása után felnőtt Crohn betegek esetében 43,9% és 45% között változik az 1 évet követő relapszus (STORI és RASH vizsgálatok). Ezek szerint az anti-tumornekrózis-faktor-alfa terápia 1 éven túli folytatásának igénye merült fel, amely a tartós klinikai remisszióban elengedhetetlen lenne. Célul tűztük ki, hogy az eddig sem hazai-, sem nemzetközi vizsgálatokban nem szereplő gyermekkori Crohn beteg populációt vizsgáljuk. 2015-ben egy multicentrikus, a Crohn beteg gyermekek adatainak retrospektív vizsgálatát célzó multicentrikus vizsgálatot indítottunk el (PITSTOP – Pediatric Influximab Treatment Stop). A vizsgálatban minden olyan 18 év alatti, Crohn betegség miatt kezelt gyermek bekerült, akinek 1 év infliximab kezelés után 1 év követési idő telt már el, függetlenül attól, hogy a kezelés újraindítása szükséges volt-e vagy sem. Primer végpontként a relapszusig eltelt idő és a relapszus rizikófaktora szerepeltek a vizsgálatban. A kapott eredmények alapján az 1 éven belüli újrakezdések aránya majdnem megközelíti az ötven százalékot, ez megegyezik a nemzetközi és felnőtt adatokkal, amik az 1 éves stop szabály felülvizsgálatát sugalmazzák.

28

#### EXPRESSIONS AND INFLAMMATION-INDUCED ALTERATIONS OF TRANSIENT RECEPTOR POTENTIAL VANILLOID 1 AND ANKYRIN 1 ION CHANNELS IN THE HUMAN AND RAT GASTRIC MUCOSA

Csekő K.<sup>1</sup>, Pécsi D.<sup>2</sup>, Hegedűs I.<sup>3</sup>, Perkecz A.<sup>2</sup>, Szabó S.<sup>4</sup>, Szabó I.<sup>5</sup>, Helyes Z.<sup>6</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy; 1st Department of Internal Medicine and Szentagothai Research Centre, University of Pécs, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Pécs, Hungary<sup>2</sup>, Department of Pathology, University of Pécs, Hungary<sup>3</sup>, University of California, Irvine, School of Medicine, Irvine, CA, USA<sup>4</sup>, 1st Department of Internal Medicine, University of Pécs, Hungary<sup>5</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy; Szentagothai Research Centre, University of Pécs, Hungary and MTA-PTE NAP B Chronic Pain Research Group<sup>6</sup>

**Introduction:** The role of sensory-immune interactions in gastritis has been of special interest recently. Transient Receptor Potential Vanilloid 1 and Ankyrin 1 (TRPV1, TRPA1) ion channels localised on capsaicin-sensitive sensory nerves, inflammatory and epithelial cells are activated by several spices and endogenous inflammatory mediators, but their role in gastritis remains unclear. We investigated their expressions in the intact human and rat gastric mucosa, as well as their alterations in gastritis. **Methods:** Human gastric mucosa biopsies of intact control, and various gastritis types were collected by endoscopy. Gastritis model was induced by 0.2% iodoacetamide (IAA) in the drinking water in CFY rats for 7 days, as well as by 0.05% and 0.2% IAA in Wistar rats for 7 and 14 days. Body weight and water consumption were monitored daily. TRPV1 and TRPA1 relative gene expressions of samples were measured by quantitative polymerase chain reaction (qPCR), while the localizations of the receptor proteins were determined by immunohistochemistry. **Results:** In the intact human gastric mucosa TRPV1 showed higher expression by both qPCR and immunohistochemistry compared to TRPA1. TRPV1 and TRPA1 immunopositivities were localized to the glandular epithelial cells. TRPV1 expressions were significantly lower in chronic active gastritis and reactive gastropathy, but no alteration of TRPA1 was detectable. Oral IAA administration resulted in concentration-dependent weight loss and reduced water intake in rats. Both macroscopic and microscopic severity of the inflammatory reactions was more severe in the CFY than in the Wistar strain. In the antrum of CFY rats TRPV1 and TRPA1 expressions were significantly lower, whereas no changes were observed in the corpus. However, in Wistar rats TRPV1 expression did not show any alteration, but TRPA1 remarkably increased from the end of the first week. **Conclusion:** In the animal model

inflammation severity and TRPV1/A1 expressions do not depend on the IAA concentration and administration duration, but there are vast interstrain differences. Results in the CFY strain are similar to those obtained in the human samples, therefore, this seem to have a translational value for further experiments to investigate the pathophysiological roles of these channels in gastritis.

29

#### SPECT/CT STUDY OF GASTRIC MOTILITY USING TC99M LABELLED STANDARD QUALITY FOOD (SQF)

Csiki Z.<sup>1</sup>, Barna S.<sup>2</sup>, Emri M.<sup>3</sup>, Gál T.<sup>1</sup>, Mile M.<sup>1</sup>, Garai I.<sup>2</sup>, University of Debrecen, Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine<sup>1</sup>, ScanoMed Ltd., Debrecen<sup>2</sup>, Institute of Nuclear Medicine<sup>3</sup>

Dyspepsia is a common disease in all ages. In about 50-70% of patients with dyspepsia, no definite organic changes can be revealed. We assessed the changes of the volume of gas and solid food after consumption of radiolabelled standard quality food (SQF) and stomach emptying dynamics using SPECT/CT. **Method:** In our pilot study we investigated 6dyspeptic patients. The examination was performed in fasting state. 22 g standard quality food (Gastroscint, Mediradiopharma) was labelled with 70MBq Tc99m and we provided 4.8 g extruded bread (Abonett) and 200 ml nutritional supplements (Nutridrink, Nutricia) with known contents. The examinations were performed with 3 head SPECT/CT (Anyscan, Mediso) with LEHR collimator. The acquisition was the following: early and late SPECT: 128x128 matrix, 20sec/frame, 32 view, total SPECT acquisition was 10 min 40 sec. Dynamic images: 60x1 min. Low dose CT (20mAs,120kV) was made of the abdominal region before the early and after the late SPECT. The total time of collimation was 90 min. **Evaluation:** Low-dose CT images were segmented by an in-house developed automatic classification software using mathematical morphology and dedicated clustering algorithms. Using reconstructed SPECT data the volume of Tc99m SQF were calculated by a threshold-based (20% of maximum value) segmentation procedure. The speed of digestion was estimated from the dynamic gamma-camera scan by nonlinear weighted least-squares estimation algorithms implemented in R software. A complex image processing pipeline was developed to integrate the analysis of repeated measurements of CT, SPECT and the dynamic planar data. **Results:** Increased volume of total gas calculated from CT was revealed 5 cases from 6. Decrease of solid volume calculated from SPECT was presented 4 cases from 6. The rate of gastric emptying was significantly low only in one patient (emptying fraction: 17% versus 30-41% in other cases). The emptying fraction of stomach calculated from dynamic images showed correlation with the emptying rate. However the correlation was weaker with changes in volume of total abdominal gas. **Conclusion:** This newly developed method seems promising in investigation of upper gastrointestinal disorders, functional dyspepsia providing additional sensitive parameters of gastric motility. However further studies are needed to define population based normal values.

30

#### CHECKUP AND TREATMENT STRATEGIES OF AUTOIMMUNE LIVER DISEASES IN OUR HEPATOLOGY OUTPATIENT CLINIC

Csintalan Z.<sup>1</sup>, Csefkó K.<sup>1</sup>, Balla E.<sup>1</sup>, Gaál A.<sup>1</sup>, Pink T.<sup>1</sup>, Pepa K.<sup>1</sup>, Varga M.<sup>1</sup>, Gasztroenterológia, Békés Megyei Központi Kórház-Dr. Réthy Pál Tagkórház, Békéscsaba<sup>1</sup>

**Introduction:** Autoimmune hepatitis (AIH), primary biliary cirrhosis (PBC) and primary sclerosing cholangitis (PSC) are chronic, autoimmune diseases of the liver. However, setting up the diagnosis is a complex task. The diagnosis of these diseases should be achieved by the evaluation of a combination of clinical, immunological, biochemical and histological findings after excluding other etiological factors. Cases presenting features of different types of autoimmune liver diseases are designated as 'overlap syndrome'. Though the question arises: do these cases describe variant forms of autoimmune diseases or they represent separate entities? The appearance is not homogeneous, can change with

time and the treatment has an effect on it also. **Methods:** Data of 76 patients with the diagnosis of autoimmune liver diseases (attended in our hepatology clinic) have been collected and over-viewed with a retrospective method. Our goal was to analyze of our patients datas focusing on the checkup and treatment options and difficulties after a short comprehensive overview of these diseases. **Results:** Currently we have had 7 patients with the diagnosis of AIH (7 women; average age: 58 years), 58 with PBC (50 women, 8 men; average age: 60 years), 6 with PSC (3 women, 3 men; average age: 60 years) and 5 with Overlap syndrome (4 women, 1 man). Laboratory, immunology, serology, radiology and histology examinations are parts of our checkup strategy. The most frequent detected autoantibodies are AMA in the PBC, ANF-HEp2 in the AIH and cANCA in the PSC group. Rheumatoid arthritis, asthma bronchiale, nephrosis syndrome, gluten-sensitive enteropathy, colitis ulcerosa, Sjögren syndrome, systemic sclerosis, Raynaud's disease and autoimmune thyroid diseases were intercurrent immunology diseases. The most frequent symptoms were abdominal pain and icterus in the AIH, and pruritus in the PBC and PSC groups. Remission induction and sustain are the main components of our treatment strategy. The greatest challenge was the alleviation of pruritus. In 3 cases liver transplantation came into question because of this excessive symptom and permanently elevated levels of bilirubin and liver enzymes. **Conclusions:** Setting up the diagnosis requires thorough circumsppection and achieved by evaluating several examination results. Personalized therapy and follow up are important.

31

### A GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK CSONTPARAMÉTEREINEK MONITOROZÁSA BÍOMPEDANCIÁN ALAPULÓ TESTÖSSZETÉL VIZSGÁLTATTAL A BIOLÓGIAI TERÁPIA SORÁN

Csontos Á.<sup>1</sup>, Molnár A.<sup>2</sup>, Piri Z.<sup>1</sup>, Dakó S.<sup>3</sup>, Pálfi E.<sup>3</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Patológiai tudományág, Egészségtudományok program, Budapest<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem, ETK Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Budapest<sup>3</sup>

**Bevezetés:** A gyulladós bélbetegségben (inflammatory bowel disease-IBD) szenvedők a betegség természetéből kifolyólag fokozottan veszélyeztetettek, hogy testösszetételük kóros arányokat vegyen fel. A megváltozott testösszetétel érintheti a zsír-, izom és csontparamétereket is. A csontsűrűség csökkenése és az ebből fakadó emelkedett csonttörési kockázat régóta ismert IBD-s betegek körében. **Módszerek:** Vizsgálatunk során biológiai terápiában részesülő IBD-s betegek testösszetételét elemeztük bióimpedancia analízisen alapuló (BIA) módszerrel a biológiai terápia kezdetén, valamint az egy éves utánkövetési idő alatt még további 3 alkalommal. Az általunk használt InBody 720-as készülék segítségével nyomon követtük a testösszetétel, azon belül is a csont- és ásványi anyag tartalmat mérő paraméterek változását. A vizsgálat kezdetén DEXA vizsgálattal és releváns laborvizsgálatokkal tájékozódunk a csontsűrűség és csontanyagcsere állapotról. **Eredmények:** A vizsgálatba 40 főt (33 Crohn beteg és 7 colitis ulcerosás) vontunk be. A féléves kontrollvizsgálatok során az egy éves utánkövetési idő végére 27 további is biológiai terápiában részesülő páciensről álltak rendelkezésre adatok. Vizsgálatunk során a BIA eszközzel mért ásványi anyag tartalom (bone mineral content- BM) szignifikánsan nőtt a kiindulási értékekhez képest. (0, 12. hét, 6. hó, 12. hó: 2,90±0,62 kg; 2,99±0,68 kg; 2,95±0,61 kg 2,95±0,64 kg; p<0,05). Hasonló javulást észleltünk az ásványi anyag tartalmat (3,54±0,75 kg; 3,63±0,82 kg; 3,59±0,74 kg; 3,59±0,80 kg; p<0,05) és a body cell mass paramétert illetően (34,04±7,97 kg; 35,11±8,24 kg; 34,80±7,68 kg; 34,60±8,47 kg; p<0,05). A biológiai terápia indukciós fázisának végén tovább javult a figyeltünk meg a csontanyagcsere laboratóriumi paraméterek terén is (β-crosslaps: 561±302,30 pg/ml vs. 530,30±381,48 pg/ml; p<0,05; osteocalcin: 27,43±16,78 ng/ml vs. 36,77 vs. 25,93 ng/ml, p<0,05). **Következtetés:** A biológiai terápia ideje alatt szignifikánsan javultak a BIA módszerrel mért csont- és ásványi anyag paraméterek az általunk követett IBD-s betegek esetében.

Eredményeink felvetik, hogy a költséges, és sok gasztroenterológia számára nehezen hozzáférhető vizsgálatok mellett a bioimpedancia mérés tájékoztató pontot jelenthet a csontanyagcsere változás monitorozásban.

32

### STROKE? UGYAN, RECTALIS ADENOMA!

Czepán M.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Ábrahám G.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>1</sup>

**Bevezetés:** A McKittrick-Wheelock syndroma a villosus/tubulovillosus colorectalis tumorhoz társult gravis volumen- és elektrolit depléción által okozott tünetek összefoglaló elnevezése. Az alaptergység gyakori, mégis kevés klinikailag szignifikáns eset fordul elő, mivel a syndromához nagyméretű tumor szükséges, amelyet általában - a markáns tüneteknek és korai diagnosznak köszönhetően - a daganat nem ér el. Esetünkben - a szakirodalomban egyedülállóan - egy rectumcsomokban megbújó recidív tumort ismertetünk, mely neurológiai tünetekkel és veseelégtelenséggel társult. **Esetismertetés:** A 88 éves, malignoma miatt 7 éve rectum-exstirpált, colostomás, diabeteses, jó általános állapotú nőt egy hónapon belül második alkalommal, aktuálisan két napja tartó hányás, zavartság, somnolentia, szédülés, stroke gyanúja miatt szállították a sürgősségi osztályra. Neurológiai szakvizsgálata és koponya CT felvétele nem mutatott orientáló kórállapotra. Felvételi laboreredményei között gravis elektrolit zavar (Na 98 mM, K 2,7 mM, Cl 51 mM), veseelégtelenség volt látható (UN 37,2 mM, CN 201 μM), egyéb serológiai- és vérképeanalízis eredményei normálisak voltak. Sürgősséggel végzett mellkas RTG, hasi RTG és hasi UH során nem mutatkozott pathognomikus morfológiai elváltozás. Statusából, fentiekén túl, per rectum, nadrágpelenkába folyamatosan ürülő, víztiszta secretum emelendő ki. A vérkémiail eltérések korrekciójával általános állapota, vigilitása rapidan javult, vesefunkciója normalizálódott, hányása megszűnt, így colonoscopiát végeztünk. Ennek során először a rövid rectumcsomkot intubáltuk, amelyben a resectio vonalban ülő, hatalmas, lument kítő villosus adenoma volt látható masszív, kocsonyás secretumban. A colostomán keresztüli vizsgálat során érdemi kóros nem volt látható. A neoplasmát palliatív, három ülésben, piecemeal technikával eltávolítottuk, mely után elektrolitzavar nem tért vissza. A daganat a művi fekélyalapból és az extrahált darabokból szövettanilag benignusnak bizonyult. Hat hónapos kontroll során a beteg jól volt, életminősége nagyfokban javult. **Konklúzió:** A villosus tumor nagy felületén keresztül excesszív mennyiségű, elektrolitban gazdag folyadékot szecernálhat, amely jelentős volumen és elektrolit veszteséget, kiterjedt tüneteket okozhat. A gondos anamnesis felvétel és fizikális vizsgálat felhívhatja a figyelmet a súlyos elektrolit és folyadék háztartási zavar e ritka esetére.

33

### TERÁPIA REFRAKTER SZÉKREKEDÉS VIZSGÁLATI- ÉS TERÁPIÁS EREDMÉNYEI A PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM MEDENCEFENÉK MUNKACSOPTJÁNAK BETEGANYAGÁBAN

Czimmer J.<sup>1</sup>, Légár B.<sup>1</sup>, Illés A.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>, Faluhelyi N.<sup>2</sup>, Szabó L.<sup>1</sup>, Baracs J.<sup>3</sup>, Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ I. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>1</sup>, Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Radiológiai Klinika<sup>2</sup>, Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Sebészeti Klinika<sup>3</sup>

A rost- és laxáns kezelésre refrakter székrekedés kivizsgálásának menetét nemzetközileg elfogadott irányelvek részletezik. Az etiológiától függően különféle terápiás modalitások alkalmazandóak a sikeres kezeléshez, mindazonáltal a funkcionális- és sebészeti kezelés eredményessége is limitált. A retrospektív, egy centrum adatainak feldolgozásának elsődleges célja a saját eredmények és részben a hazai sajátosságok minőségkontroll elemzése. **Eredmények (n=203):** A terápia refrakter székrekedés miatt vizsgált betegek (ffi 16%, nő 84%) közül 45%-nak volt Római III. kritériumok alapján IBS tünete. Colon transit teszt mindössze 26%-ban készült finanszírozási okok miatt, amely vizsgálatok 56%-a mutatott lassú colon tranzitot, a hatásos prokinetikus terápia sok esetben limitált volt. Anorectalis manometria során 63%-ban igazolódott



anorectalis dyssnergia jele, de összesen 27%-ban volt kóros a ballon expulziós teszt eredmény aránya, ami klinikailag is megfellelhető kezelendő dyssnergianak. A populációban a defecographia 63%-ban talált kóros anatómiai eltérést. A proctológiai sebészeti szakvizsgálat az ezen indikációval vizsgált betegek 25%-ban véleményezett valamely műtéti indikációt a panaszokkal összefüggésbe hozható organikus eltérések alapján, akiknek végül 77%-a került műtetre. A műtéti eredmények vonatkozásában 35%-ban megszűntek a panaszok, 35%-ban javultak, 18%-ban nem változtak, 12%ban romlottak. **Következtetések:** A székrekedés miatt a PTE tercier centrumba referált betegek közel egyharmadánál lenne indokolt biofeedback kezelés elvégzése. A colon transit teszt ambuláns finanszírozása szükséges lenne a korrekt diagnosztikához. A radiológus, a sebész és a gasztroenterológus team szintű együttműködése alapján a defecographiás eredmények értékelése hozzájárul a betegek számára megfelelő terápia kiválasztásához és a megfelelő terápiás hatás eléréséhez. A műtéti eredmények a nemzetközi eredményekkel összhangban hangsúlyozzák, hogy a súlyos, terápia refrakter székrekedés műtéti indikációja esetén javasolt a műtétek centrumban történő elvégzése. A retrospektív eredmények alapján a pécsi centrum megfelelőnek tartható a kívánalmaknak. Hazánkban a szükséges diagnosztikus és terápiás feltételrendszer kialakítása melletti egyetemes minőségi kontroll kidolgozása és alkalmazása segítené a betegpopuláció sikeres kezelhetőségét.

34

#### THE RISK OF GASTROINTESTINAL MALIGNANT CONDITIONS FOLLOWING VENOUS THROMBOEMBOLISM

Czirják K.<sup>1</sup>, Vén L.<sup>1</sup>, Kántor N.<sup>1</sup>, Suták M.<sup>2</sup>, Rácz F.<sup>1</sup>, Szegedi L.<sup>1</sup>, Jósa András Teaching Hospital, 1st Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology<sup>1</sup>, Jósa András Teaching Hospital, 1st Department of Internal Medicine, Division of Angiology<sup>2</sup>

**Introduction** The relationship between venous thromboembolic (VTE) events and malignant conditions is a well known fact. Malignant diseases can be accompanied by hemostatic disorders and VTE can often be the first sign of a malignant disease. Thus, in case of patients with unprovoked VTE (no history of previous trauma, prolonged immobilization, surgical or orthopaedic intervention, diagnosed cancer or increased susceptibility to thrombosis) lesion-directed screening is of major importance. However, screening options can be limited, moreover, these options impose burden upon the patient as well as the healthcare system. Regarding routine screening, there is no clear consensus in the literature. **Patients and Methods** With our computerized system we selected patients who underwent treatment of unprovoked VTE between 1st January 2009 and 31st December 2014, then we tried to find out the proportion of patients in whom a malignant condition was revealed within one year following hospitalization. **RESULTS** A total of 1.818 patients with unprovoked VTE were treated during the examined time interval with the majority treated for deep vein thrombosis of the lower extremity. In 148 of these patients, the development of some kind of malignant condition was confirmed in the post-hospital phase, which is 8.14% of all thromboembolic cases. Gastrointestinal (GI) tumors occurred with the highest ratio (48 patients). Compared with other malignant conditions, in the patient population diagnosed with gastrointestinal tumors there were reportedly higher proportion of males and elderly. Among patients with GI tumor, the incidence of colorectal carcinoma was the most prominent, which was confirmed in more than half of the cases. **Conclusions** Based on the above findings it can be said that in a significant proportion of cases a malignant disease was confirmed in the background of unprovoked VTE conditions. In addition, the incidence of gastrointestinal malignancies was the most prominent. The data presented here draw our attention to the importance of screening of VTE patients for malignant diseases, especially for screening of the tumors of the upper and lower section of the gastrointestinal tract. Screening of colorectal tumors is particularly important, especially in the elder population.

35

#### THE EFFECTS OF SELF-ADMINISTERED MALNUTRITION RISK SCREENING METHOD TO PREDICT MALNUTRITION RISK IN OUTPATIENTS WITH IBD

Dakó S.<sup>1</sup>, Molnár A.<sup>2</sup>, Pálfi E.<sup>3</sup>, Nagyné Tajti É.<sup>4</sup>, Csontos Á.<sup>5</sup>, Miheller P.<sup>5</sup>, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Táplálkozástudományi MSc<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék<sup>3</sup>, Semmelweis Egyetem Központi Dietetikai Szolgálat<sup>4</sup>, Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika<sup>5</sup>

**Background:** Malnutrition is common in patients with inflammatory bowel disease (IBD) and the poor nutritional status may influence disease outcome in IBD. Therefore, the role of diet and nutrition therapy in the treatment has been confirmed. **Aims:** The object of this study was to determine the effect of self-administered MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) malnutrition risk screening method in outpatients with IBD based on a study from Sandhu et al. (JPEN 0148607114566656, 2015). **Methods and materials:** The sample involved patients (n=104; 59 men, 49 women; 78 with Crohn's Disease [CD], 26 with Colitis Ulcerosa [CU]; aged: 32,71±9,87 years, min. 18 years, max. 71 years) were treated at the Semmelweis University 2nd Department of Internal Medicine. Self-administered and dietitian-managed (healthcare professional is the gold standard) MUST screening tools were compared. The MUST tool contains questions about current weight and height, current BMI, change in weight and presence of acute disease. First, the patients estimated the current own anthropometrical parameters and filled the MUST tool. After the effects of patients-managed screening was controlled health care professional screening by dietitians. We measured next parameters: weight, height and calculated body mass index (BMI in kg/m<sup>2</sup>). The data were evaluated by descriptive statistical analysis (SPSS 20.0). **Results:** All patients were able to screen themselves. 97,1% of patients reported the self-manage MUST screening tool as either very easy or easy to understand and to complete. 3 patients reported the MUST questions were difficult to complete. Overall, the 3th question, about acute disease, was the most uncertain in view of patients. For patient-administered MUST, the medium- and high-risk were 46,2% in outpatients competing with dietitian-administered screening, the medium- and high-risk were 50%. **Conclusions:** Self-manage MUST seem to be useable in the early self-evaluation of the risk for malnutrition in outpatients with IBD.

36

#### FEKÉLYVÉRZÉSEK KOMBINÁLT ENDOTERÁPIÁJA

Dancs N.<sup>1</sup>, Csöndes M.<sup>1</sup>, Szabó A.<sup>1</sup>, Kárász T.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Kovács V.<sup>1</sup>, Rácz I.<sup>1</sup>, I. Belgyógyászati-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr<sup>1</sup>

**Bevezetés:** A heveny gasztroduodenális fekélyvérzések endoszkópos észleléséről és az optimális hemostaticus kezelési eljárásokról nemzetközi és hazai protokollok egyaránt útmutatást adnak. Az aktívan vérző és magas újravérzési kockázattal járó fekélyek endoszkópos kezelésében az injekciós monoterápia már nem javasolt, a kombinált endoszkópos eljárások hemostaticus hatása kedvezőbbnek látszik. Feldolgozásunkban azt vizsgáltuk, hogy milyen arányban alkalmaztuk a kombinált vérzéscsillapítást akut fekélyvérzésekben, továbbá elemeztük munkánk OEP finanszírozási hatását is. **Módszer:** Retrospektíven átvizsgáltuk 24 hónap során szubintenzív részlegünkön kezelt és 24 órán belüli urgens endoszkópián átesett fekélyvérző eseteink kórlap adatait. Vizsgáltuk a fekélyvérzők Forrest stádiumát, az alkalmazott endoszkópos vérzéscsillapító eljárást, továbbá a hemostasis sikerét, a sürgősségi műtétek arányát. **Eredmények:** A kétéves periódusban összesen 132 akut fekélyvérző beteget láttunk el. Közülük 59 esetben gyomorfekélyt és 73 esetben nyombélfekélyt jelöltünk meg a klinikailag észlelt vérzés egyértelmű forrásaként. A fekélyek Forrest stádiuma a következőképpen alakult: Forrest I/A:11, Forrest I/B:22, Forrest II/A:36, Forrest II/B:14, Forrest II/C:24, Forrest III:25 beteg.

A sürgősségi endoscopia során 83 betegben észleltünk aktív vérzést vagy magas újravérzési kockázattal járó ércsonkot vagy fekélyt fedő thrombust. Összesen 61 esetben alkalmaztunk kombinált endoterápiát:

- injectálás+hemoclipp: 38 (62%)
- injectálás+HPU: 13 (22%)
- HPU+Hemospray: 1 (1%)
- injectálás+hemoclipp+Hemospray: 2 (3%)
- injectálás+hemoclipp+HPU: 7 (12%)

Kombinált endoszkópos módszerekkel 84%-ban (51/61) értünk el végleges hemostasist, 8 esetben sürgősségi műtetre szorultunk folyamatos vérzés vagy újravérzés miatt. Vérzéssel összefüggő haláleset két betegben következett be. Minden kombinált vérzéscsillapításban részesülő beteg rászorult minimum 3 E transzfúzióra, így TVK mentes HBCS finanszírozásban részesült. **Konklúzió:** Az akután vérző fekélybetegeink körében a protokolloknak megfelelően nagy arányban végzünk kombinált vérzéscsillapítást, mely klinikailag hasznosnak bizonyult. A szükséges eszközök biztosítását és a beavatkozások korrekt finanszírozását minden fekélyvérzést ellátó endoszkópos munkahelyen és osztályon indokoltnak tartanánk.

### 37

#### PANCREAS PSEUDOCYSTA - DEFINITÍV MEGOLDÁS LAPAROSZKÓPPAL

Dede K.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>2</sup>, Szepes A.<sup>2</sup>, Bursics A.<sup>1</sup>, Uzsoki utcai Kórház, Sebészeti-Onkosebészeti Osztály<sup>1</sup>, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Gasztroenterológiai Osztály<sup>2</sup>

**Bevezetés:** A pancreas pseudocysták megoldására rendelkezésre állnak gasztroenterológiai- és sebészeti lehetőségek is, a választás azonban minden beteg esetén személyre szabottan kell hogy megtörténjen. **Esetismertetés:** 60 éves férfi beteg esetét kívánjuk bemutatni, akinél típusos panaszokat, átmeneti májfunkciós eltéréseket is okozó epehólyagkövesség miatt laparoszkópos cholecystectomiát terveztünk. A műtét előtt a beteget pulmonalis embolizáció miatt hospitalizálták, a műtét halasztására kényszerültünk. A beteg egy év elteltével jelentkezett ismét a műtét elvégzése céljából. A kontroll UH vizsgálaton egy 15 cm-es pancreas pseudocysta ábrázolódt, amelyet a CT is megerősített. Endoszkópos UH vizsgálat során choledocholithiasis nem igazolódt, az epehólyag nyakában ábrázolódt csak kő, műtétet és nem endoszkópos cysto-gastrostomia képzését javasolták. A betegnél ezt követően laparoszkópos cholecystectomiát és laparoszkópos posterior cysto-gastrostomia képzést végeztünk. A posztoperatív szakban végül ERCP és stent beültetésre is kényszerültünk choledocholithiasis miatt, a beteg ezt követően szövődménymentesen gyógyult. **Konklúzió:** esetismertetésünk segítségével kívánunk rávilágítani a pancreas pseudocysta ellátása esetén a diagnosztikus és terápiás eljárások megválasztásának döntési algoritmusára, valamint a laparoszkópos cysto-gastrostomia képzés technikáját kívánjuk bemutatni.

### 38

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

Demcsák A.<sup>1</sup>, Mosztbacher D.<sup>2</sup>, Párniczky A.<sup>3</sup>, Zsoldos F.<sup>3</sup>, Tóth A.<sup>1</sup>, Illa V.<sup>4</sup>, Tóth G.<sup>2</sup>, Bereczki C.<sup>1</sup>, Bognár Z.<sup>3</sup>, Lásztity N.<sup>3</sup>, Kadenczki O.<sup>5</sup>, Szentesi A.<sup>6,7</sup>, Hegyi P.<sup>6,8,9</sup>, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group; Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>1</sup>, Department of Pediatrics, János Balassa County Hospital, Szekszárd<sup>2</sup>, Heim Pál Children's Hospital, Budapest<sup>3</sup>, Department of Pediatrics, Dr. Kenessey Albert Hospital, Balassagyarmat<sup>4</sup>, Department of Pediatrics, University of Debrecen, Debrecen<sup>5</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>6</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>7</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>8</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged<sup>9</sup>

**Background:** The reported incidence of pediatric pancreatitis is low, however it is likely to be underdiagnosed. Retrospective data analyses (PINEAPPLE-R) suggest that pancreatic enzyme measurements (PEM) are ordered only for a small number of children presenting with abdominal pain in emergency units. Aim: Our aim is to develop a fast and reliable scoring system based on multi-center, multinational prospective data collection, which can help to decide the necessity of PEM in children with abdominal pain. **Methods:** Patients under 18 years with abdominal pain are included in the trial. The detailed protocol contains questionnaire concerning medical history, complaints, symptoms. Proper physical examination, PEM and abdominal imaging are performed in all cases. The trial has been internationally discussed and registered at the ISRCTN registry (ISRCTN35618458). Data can be collected via an electronic data administration system: <http://pancreas.hu/en/studies/pineapple>. **Results:** 189 children with abdominal pain have been enrolled into the study within a year and 3 cases of pancreatitis have already been discovered. The start of abdominal pain was varied between 18 hours to one month before hospitalization. The pain was cramping, strong and localized mostly to the epigastrium. Vomiting and nausea were noted only in one case. Both lipase and amylase levels were elevated more than 3 times above the normal level. Transabdominal ultrasound examination showed alteration in the pancreas in one case. **Conclusion:** Pediatric pancreatitis is much more common in children than we thought earlier. EBM guideline would be crucially needed to give proper instructions for medical doctors. More centres/patients are required.

### 39

#### STOMA ZÁRÁS ELŐTTI COLONOSCOPIA - VÉLETLENÜL ELTÁVOLÍTOTT ÁTTÉTI DAGANAT

Dorogi B.<sup>1</sup>, Bély M.<sup>2</sup>, Madaras B.<sup>3</sup>, Masszi I.<sup>1</sup>, Kis J.<sup>4</sup>, Schandl L.<sup>4</sup>, Gelley A.<sup>4</sup>, Sebészeti Osztály, Betegápoló irglamas rend Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest<sup>1</sup>, Patológiai Osztály, Betegápoló irglamas rend Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest<sup>2</sup>, B Belgyógyászati Országos Onkológiai Intézet Budapest<sup>3</sup>, Belgyógyászati Osztály Betegápoló irglamas rend Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest<sup>4</sup>

A beteg édesanyjának és mindkét nővérének volt emlő rákja. 2009.-ben a beteg bal emlőjében mogyorónyi képlet volt tapintható. Műtét: bal emlő külső-felső negyed szektor kimetszés, hónalj-i őrszem nyirokcsomó és axilláris block dissectio. Szövettan: Invasív ductalis carcinoma, hiszt. grade III., mag atypia:3, Tubulus képzés:3, Mitozis: 3 (27/10 NNL) DCIS:minimális, 5% alatti, high grade comedo necrosis, érinvázio. Östrogen receptor: Quick score :0/8 (daganatsejtek magjában nincs festődés). Progesteron receptor: Quick score: 3/8, (a daganatsejtek magjában 2-3 %-os festődés) Her2 (SP3):0, negatív, Ki-67: prolif. ráta 50-60%. Bőr nem infiltrált. 3/10 nyirokcsomó áttét a bal axillában, tok invázióval és nyirokér invázióval. Kemoterápia, irradiáció, és családi halmozódás miatt BRCA1 meghatározás: A BRCA1 gén 2,5 és 20 számú exonját és a BRCA2 gén 11,10 és 23,24 exonját vizsgálták SSCPm /HDA módszerekkel, majd direkt DNS szekvencia analízissel. A vizsgált személy a BRCA1 gén öröklött (5382insC) mutációját hordozza. Két oldali emlő ablatio és jobb oldali axillaris blockdissectio. szövettan:negatív. 2015.10. bal alhasi fájdalom láz, Hasi UH-on szigma bél perforáció miatt resectio sigmatis sec. Harthmann. Szövettan: diverticulitis perforans. 2016.01. stoma zárás előtt colonoscopy: A stoma nyílástól 10 cm-re egy 1 cm átm. kerek fekély. Javasoljuk a fekélyt még tartalmazó bélszakasz eltávolítását. Szövettan: colitis exulcerans. A rezeekált 12 cm-es bélszakasz ép nyálkahártyával fedett területén hám eredetű tumort, egy nyáktömlőt és a mesosigmában egy daganatmentes nyirokcsomót találtak. Tumor szövettan: a daganat mirigyos, differenciálatlan. HRP Polymer One immun-hisztokémia a tumor sejteken diffúz Cytokeratin AE1-AE3, cytokeratin 20 reaktivitást talált. Cytokeratin 7 a tumor sejteken nem volt észlelhető. CEA, Chromogranin, Synaptophysin, Somatostatin, S100 reaktivitás valamint GIST-re, GANT-ra, utaló SMA, DC34, DC117 reaktivitás, pajzsmirigy eredetre utaló TSH illetve tüdő eredetre utaló Napsin-

A reaktivitás nem látható. Oestrogén, Progesteron reakció negatív. Rosszindulatú, hám eredetű áttéti daganat Primer tumor klinikai tisztázását javasolják. Felmerül: nőgyógyászati, epe, illetve gyomor eredetű daganat. Magunk a korábbi emlő tumor és a jelenlegi daganat összehasonlító elemzését javasoltuk, mert a primer tumor sem tartalmazott oestrogén és progesteron receptorokat. A BRCA1 génmutáció erre hajlamosít. Onkológiai centrum kivizsgálás folyamatban.

40

#### OUR 1 YEAR EXPERIENCE WITH HYBRID ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION OF SUPERFICIAL LESIONS OF THE STOMACH

Dubravcsik Z.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Vágó T.<sup>2</sup>, Sejben I.<sup>2</sup>, Cserni G.<sup>2</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>, Szepes A.<sup>1</sup>, Department of Gastroenterology, BKM Hospital and OMCH Endoscopy Center, Kecskemét, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pathology, BKM Hospital, Kecskemét, Hungary<sup>2</sup>

**Introduction:** Endoscopic submucosal dissection (ESD) enables en bloc resection of superficial gastrointestinal tumors. ESD with snaring after circumferential incision is termed as hybrid ESD (h-ESD) which is a simplified and less time-consuming version. The depth of the resection is less controlled, therefore h-ESD is suitable for superficial tumors only. In the present study we evaluated our 1 year experience of h-ESD of superficial lesions of the stomach. **Patients and Methods:** The patient features, outcomes and complications of h-ESD of 7 lesions in 5 patients between March 2015 and February 2016, were evaluated retrospectively. Fujinon 530 and 600 series gastroscopes, ERBE Vio 300 D electrosurgical unit, Finemedix I-knife and Fujinon Flush knife and standard polypectomy snares were used. **Results:** Seven superficial gastric lesions with macroscopical suspicion of malignant foci were resected with h-ESD in 5 patients of a median age of 69.8 years. The median lesion size was 15.6 x 12.1 mm. Histology revealed adenocarcinoma in 2 (pT1a), tubular adenoma with high grade dysplasia in 2, hyperplastic polyp in 2, and inflammatory fibroid gastric polyp in 1 case. We achieved complete resection in all cases. Significant bleeding requiring coagulation and hemocliping resulting in abandonment and postponement of the procedure occurred in 1 case. No perforation happened. The procedure times varied between 20-40 minutes. **Conclusions:** H-ESD is feasible and safe for smaller superficial stomach lesions. The procedure times are acceptable in everyday practice. It is less time consuming compared to standard ESD technique, however careful patient selection is mandatory as the depth of the resection is less controllable. H-ESD can be a station of the learning process towards ESD.

41

#### CURRENT STATUS OF THE PREPAST TRIAL (PREVENTIVE PANCREATIC STENTS IN THE MANAGEMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS)

Dubravcsik Z.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>2</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>, Szepes Z.<sup>4</sup>, Hegyi P.<sup>3,5,6</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Szepes A.<sup>1</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group; Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét<sup>1</sup>, Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest<sup>2</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>3</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>4</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs<sup>5</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged<sup>6</sup>

**Background:** Based on our preliminary results we hypothesized that maintaining the outflow of the pancreatic duct with preventive pancreatic stents at the early ERCP improves the outcome of acute biliary pancreatitis. We designed a prospective, controlled, randomized trial (PREPAST trial) to study our hypothesis. **Methods/Design:** PREPAST is a prospective, randomized, controlled, multicenter, interventional trial. Patients with acute biliary pancreatitis with coexisting cholangitis are randomized to undergo urgent endoscopic intervention with or without pancreatic stenting within 48 hours from the onset of pain, and in addition

patients without signs of cholangitis but cholestasis are randomly allocated to receive conservative treatment or early endoscopic intervention with or without pancreatic stenting within 48 hours from the onset of pain. Patients without acute cholangitis and signs of cholestasis receive conservative treatment. 230 patients are planned to be enrolled during a 48 months period from different centers. The primary endpoint is the outcome of acute biliary pancreatitis as described by the latest guidelines. Secondary endpoints include mortality data, and other related to the pancreatitis or the pancreatic stenting. **Discussion:** The PREPAST trial is designed to show whether early endoscopic intervention with the usage of preventive pancreatic stenting improves the outcome of acute biliary pancreatitis. The study has been registered at the International Standard Randomized Controlled Trials Number (ISRCTN) Register (trial ID: ISRCTN13517695). Electronic case report forms have also been developed (<http://www.pancreas.hu/en/studies>).

42

#### POLYPOK A JOBB COLONFÉLBE; A MINŐSÉGI ENDO-SZKÓPIA JELENTŐSÉGE

Durcsán H.<sup>1</sup>, Csöndes M.<sup>1</sup>, Szabó A.<sup>1</sup>, Kárász T.<sup>1</sup>, Dancs N.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Kovács V.<sup>1</sup>, Regőczy H.<sup>1</sup>, Varga S.<sup>2</sup>, Rácz L.<sup>1</sup>, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr<sup>1</sup>, Patológiai Osztály, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr<sup>2</sup>

**Bevezetés:** A szűrő jellegű vastagbél tükrözések nyomán a vastagbél bal oldalán kialakuló carcinomák aránya jelentősen csökken, de a colon jobb oldalán kialakuló tumorok aránya ezzel nem párhuzamos. Ennek oka elsősorban az, hogy a jobb oldalon előforduló lapos, polypoid képletek nem kellő arányban kerültek felismerésre. A colorectalis polypok hisztológiai szempontból hyperplasticus polypok (HP), adenomák (A) és úgynevezett kevert típusok, azaz serrated adenomák (SA) lehetnek. Az utóbbi formák tradicionális (TSA) és sessilis serrated adenomák (SSA) hisztológiai képében jelenhetnek meg. Irodalmi adatok szerint az SSA kialakulására elsősorban a jobb colonfélben kerülhet sor. Elemzésünkben arra kerestük a választ, hogy prospektíven végzett szűrő colonoscopiák milyen hányadában észleltünk a colon jobb oldalán polypoid képleteket és milyen módszerekkel ismertük fel a SSA-kat. **Betegek és módszer:** Munkahelyünk is önként csatlakozott az iFOBT alapú colorectalis carcinoma szűrőprogramhoz. A program keretében 33 hónap alatt összesen 325 feltáró jellegű colonoscopiát végeztünk. A vizsgálatok során 795 polypot észleltünk, melyek közül 199 (27.5%) helyezkedett el a jobb colonfélben. Szűrőprogramunk során az adenoma detectio ráta 42.6% volt. Az eddigi programban 29 esetben találtunk SA-t (25 SSA és 4 TSA). A SA-k kevesebb mint negyede, azaz 21 %-a helyezkedett el a colon jobb oldalán, míg az összes észlelt adenoma 34%-a a jobb colonfélben került felismerésre. A jobb oldalon feltárt colon polypok 36.6%-a diminutív (kisebb mint 5 mm) méretű volt, 45.2%-a 5 és 10 mm közötti, 18.2% 10 mm-nél nagyobb méretű volt. A SA-k 96.5%-a 10 mm alatti volt. A jobb colonfélben felismert SA-k mindegyikében használtunk NBI leképzést, amely a polypectomia technikáját is segítette. **Konklúzió:** A vastagbél feltáró, szűrő jellegű colonoscopiája során a jobb colonfélben felismerhető adenomák aránya az esetek egyharmadát is meghaladta, de a serrated adenomáknak csak egy kis hányadát észleltük a colon jobb oldalán. A HD és NBI technika elsősorban a polypok szövettani klasszifikációjának polypectomia előtti makroszkópos megítélését tette lehetővé.

43

#### RELATIONSHIP BETWEEN SERUM INFLIXIMAB TROUGH LEVELS AND LABORATORY PARAMETERS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Fábián A.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Ferenci T.<sup>2</sup>, Kanaaneh D.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Milassin Á.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>1</sup>, John von Neumann Faculty of Informatics, Óbuda University, Budapest<sup>2</sup>

**Introduction:** Anti-tumor necrosis factor (TNF)- $\alpha$ , infliximab, is a potent therapeutic option in patients with inflammatory bowel

diseases (IBD) of moderate to severe activity. The trough level of anti-TNF- $\alpha$  shows a close relationship with maintained disease activity. Previous studies reported a correlation between serum infliximab trough levels and certain laboratory parameters (C-reactive protein [CRP], albumin) associated with disease activity and suggested a higher elimination rate of the drug by intense inflammation. **Aims and methods:** We aimed to investigate the correlation between serum infliximab levels and routine laboratory parameters in patients with inflammatory bowel disease. Blood samples were collected at random intervals from IBD patients before infliximab infusions (originator or biosimilar). Serum infliximab trough levels and antibodies against infliximab were determined with ELISA technique. Various laboratory parameters (including electrolytes, liver, kidney and pancreas function, albumin, CRP, iron, and blood count) were also measured. **Results:** A total number of 170 blood samples were collected at random intervals from 64 IBD patients (mean age: 36 years; male/female ratio: 27/37; 25 patients with ulcerative colitis, 39 patients with Crohn's disease). Disease activity was recorded in 93 cases (55%). Dose escalation was necessary in 24 cases (14%). No infusion reaction was reported. Originator product was administered in 35 and biosimilar in 29 patients. The level of antibodies against infliximab was measurable in 30 cases (17.6%). The mean infliximab serum trough level was 6.595 ug/mL. As a result of multivariate analysis, serum infliximab trough levels were significantly lower in case of originator drug administration compared to biosimilar ( $p=0.0019$ ), in active disease ( $p=0.027$ ), and in the presence of antibodies against infliximab ( $p<0.0001$ ). Gender, age and dose escalation did not cause a significant difference in infliximab levels. No correlation was found between the serum levels of infliximab and any of the routine laboratory parameters. **Conclusions:** As opposed to the literature we were unable to identify a correlation between serum infliximab trough levels and routine laboratory parameters such as CRP or albumin, and therefore no biochemical activity markers can substitute the determination of anti-TNF level.

## 44

#### CYCLIC ADENOSINE MONOPHOSPHATE PRODUCTION STIMULATED BY ORAI1 AND EXTENDED SYNAPTOTAGMIN 1

Fanczal J.<sup>1</sup>, Madácsy T.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>2</sup>, Malini A.<sup>3</sup>, Muellem S.<sup>3</sup>, Maléth J.<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, H-6720 Szeged, Hungary,<sup>1</sup>MTA-SZTE Lendület Gasztroenterológiai Multidiszciplináris Kutatócsoport H-6720 Szeged, Hungary,<sup>2</sup>Epithelial Signaling and Transport Section, Molecular Physiology and Therapeutics Branch, NIDCR, NIH, Bethesda, Maryland 20892, USA.<sup>3</sup>

**Introduction.** The cyclic adenosine monophosphate (cAMP) and Ca<sup>2+</sup> signaling play central role in the regulation of the secretory functions of epithelial cells. The two signaling system have multiple synergistic interactions helping to optimize the cellular response to stimulation. One of the interferences includes the interaction between the store operated Ca<sup>2+</sup> entry (SOCE) channel Orai1 with adenylyl cyclase 8 (AC8) that increase cAMP production, however its exact molecular mechanism is not known. **Aim.** In this project we wanted to characterize the interactions of cAMP and Ca<sup>2+</sup> signaling further focusing on the molecular components of SOCE. **Methods.** Human embryonic kidney (HEK) cells were transfected with plasmids encoding the proteins of interest. Cellular cAMP production was measured by fluorescence resonance energy transfer (FRET) using the cAMP reporter Epac1. **Results.** The stimulation of the cells with 5 $\mu$ M forskolin and 100 $\mu$ M 3-isobutyl-1-methylxanthine (IBMX) resulted in reversible elevation in cAMP production. The expression of AC8 significantly elevated the cAMP response. Whereas, Orai1 induced spontaneous cAMP production and a massive increase in the stimulated cAMP production. The effect of Orai1 was completely Ca<sup>2+</sup> independent. Extended synaptotagmin 1 (E-Syt1), a recently described endoplasmic reticulum-plasma membrane tethering protein, increased the cAMP response, similarly to Orai1. **Conclusions.** Our results showed that Orai1 and E-Syt1 play an important role in the regulation of cAMP production. However

further studies are required to clarify the mechanisms of the interaction.

## 45

#### ENDOSCOPIC AND HISTOLOGICAL FINDINGS IN MALIGNANT AND PREMALIGNANT GASTRIC LESIONS – A SIX YEAR RETROSPECTIVE EPIDEMIOLOGICAL STUDY.

Farkas H.<sup>1</sup>, Macarie M.<sup>1</sup>, Georgescu D.<sup>1</sup>, Ciorba I.<sup>1</sup>, Török I.<sup>1</sup>, Bataga S.<sup>1</sup>, 1st Gastroenterology Clinic, Emergency Clinical County Hospital, Marosvásárhely<sup>1</sup>

Gastric cancer (GC) is the fourth cause of cancer related mortality in Europe. Intestinal type GC is the result of a cascade of histological lesions like chronic atrophic gastritis (CAG) intestinal metaplasia (IM) and dysplasia. Our retrospective study evaluates the epidemiology of premalignant and malignant conditions of the stomach in a regional emergency hospital. **Material and methods:** between 2010 and 2015 we assessed data from 18017 consecutive patients who underwent upper gastrointestinal (GI) endoscopy with gastric biopsy (6238) in our Digestive Endoscopy Unit, 1475 of which had some form of gastric premalignant lesion. **Results:** The mean age of our patients was 62 years (SD: 12.8), 50.3% of which males. Of all upper GI endoscopies performed biopsies were taken in just under 35% of cases mostly in a targeted manner. Atrophy defined as loss of appropriate glands with or without IM was found in 23.6% of patients with a slow decrease down to 19.5% until 2014. In these cases samples were taken mostly from erythematous or eroded mucosa (>55%), ulcers (14.7%), gastric polyps (8.2%), suspicion of atrophy/MI (4.9%), operated stomach (4.27%). The mean incidence of *H. pylori* infection over the years was 29.8% with a considerable decrease to 22.8% in 2014. The incidence of all premalignant lesions showed an increased incidence in the age groups above 55 years. There were no significant differences in the frequency of IM (complete/incomplete: 56.4/71.6%) according to age. Low grade dysplasia was found in 3.6%, high grade dysplasia was mostly associated with GC. GC was discovered almost exclusively in advanced stages and showed increased incidence (41) in 2014. The mean age of patients affected by GC was 67.1 (SD: 11.1) with a male/female ratio of 2/1. **Discussion and conclusions:** In our opinion the topography (mostly antral) and number of biopsies taken accounts for the relatively low incidence of premalignant lesion discovered by us. We urge the adoption of OLGA/OLGMI standards for biopsy sampling and histological classification for the screening of premalignant lesions of the stomach in patients over the age of 55 especially since GC is still frequent.

## 46

#### ANALYSING THE ROLE OF IMIDAZOLIN RECEPTORS IN THE REGULATION OF INTESTINAL PERISTALSIS

Fehér Á.<sup>1</sup>, Holzer-Petsche U.<sup>2</sup>, Liebmann I.<sup>2</sup>, Holzer P.<sup>2</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Zádori Z.<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvárad tér 4. 1089 Budapest, Hungary.<sup>1</sup>Research Unit of Translational Neurogastroenterology, Institute of Experimental and Clinical Pharmacology, Medical University of Graz, Universitätsplatz 4, A-8010 Graz, Austria<sup>2</sup>

**Introduction:** In the last decades three pharmacologically distinct imidazoline receptors (IRs) have been identified (I1-3Rs), which may be promising targets in the treatment of various diseases, including hypertension, diabetes or chronic pain syndromes. Radioligand binding studies revealed the presence of IRs in the gastrointestinal (GI) tract as well, suggesting their role in the modulation of GI functions. In the present study we aimed to analyse the potential role of IRs in the regulation of intestinal peristalsis. **Methods:** The effect of IR ligands on intestinal peristalsis was analysed both in vivo in NMRI and C57BL/6 mice by using the charcoal meal test, and ex vivo by using guinea pig ileum segments. **Results:** Subcutaneous administration of non-selective I1R ligands (i.e. which bind to alpha2-adrenoceptors as well, such as clonidine and rilmenidine) induced dose-related inhibition of GI

peristalsis in mice, which was inhibited by pharmacological or genetic blockade of alpha2A-adrenoceptors. The selective I1R and I2R ligands AGN 192403 and 2-BFI failed to produce any inhibition on intestinal transit, and had no remarkable effect on the dose-response curve of clonidine. Similar results were obtained from ex vivo studies. **Conclusions:** Our results indicate that IRs are not involved in the regulation of intestinal motility and provide further evidence for the inhibitory effect of alpha2-adrenoceptors.

This work was supported by the Austrian-Hungarian Action Foundation (8802 project) and by the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA PD 109602).

47

#### A CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFEKCIÓ KONZERVATÍV TERÁPIÁJÁNAK VÁLTOZÁSA, A HATÉKONYSÁG VISZONYLAGOSÁGA

Fodor D.<sup>1</sup>, Nagy N.<sup>2</sup>, Kondász A.<sup>3</sup>, Hajdú H.<sup>4</sup>, Szegedi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika Infektológia Osztály, Szeged<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika Infektológia Osztály, Szeged<sup>2</sup>, Szegedi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika Infektológia Osztály, Szeged<sup>3</sup>, Szegedi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika Infektológia Osztály, Szeged<sup>4</sup>

**Bevezetés:** a Clostridium difficile fertőzés a SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika Infektológiai Osztályán vezető kórképnek számít. Az előfordulás, 2008-tól nőtt meredeken, 2015-ben kisebb visszaeséssel. A konzervatív terápia mellett nem ritkák a recidívák, sok a társbetegség, ezért a gyógyítás nehézségekkel jár. Anyag és módszer: a szerzők az előadásban a metronidazol, vancomycin és fidaxomicin terápia jellemzőit, hatékonyságát vizsgálják, 49 beteg esetében (2015-2016) és főhasználnak néhány adatot, korábbi szintén retrospektív anyagukból, főként a terápiára vonatkozóan. A vizsgálódás célja a kombinált antimikrobás kezelés, s a spórára ható készítmény terápiai hatékonyságának számszerű kifejezése. **Eredmények:** a rendelkezésre álló konzervatív kezelési lehetőségek közül a fidaxomicin 2015. március óta járó betegnek kedvezménytel jár, ezért az előző évekhez képest többször, és hamarabb vált a terápia részévé. A metronidazol monoterápia önmagában hatástalan, a betegek 100%-a metronidazol vancomycin kombinációt kap, első kezelésként. 2015-ben recidíva esetén a kezelés 45,38%-ban egészült ki folytatólagosan fidaxomicinnel. A kiválasztott 49 beteg esetében, első körben az alkalmazott kettős terápia hatékonysága 51% volt, az első recidíva után adott fidaxomicin 75% -s eredményt hozott. A terápiák ismétlésekor a gyógyulási ráta természetesen nőtt, miként az előadásban elhangzik. A társbetegségek, a diagnózis föllállításáig eltelt idő, a kezelések időtartama, egyes esetekben a ribotípus vizsgálata nem utalt olyan összefüggésre, mellyel a recidíva oka, gyakorisága megjósolható lett volna.

48

#### A LEKTIN KOMPLEMENT RENDSZER MOLEKULÁINAK SZÉRUMSZINTJE DÖNTŐEN NEM BEFOLYÁSOLJA A BAKTERIÁLIS FERTŐZÉSEK KIALAKULÁSÁNAK KOCKÁZATÁT MÁJCIRRHOZOS BETEGEKEN

Földi I.<sup>1</sup>, Tornai D.<sup>2</sup>, Tornai T.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>1</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>, Dinya T.<sup>3</sup>, Antal-Szalmás P.<sup>2</sup>, Papp M.<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debrecen<sup>2</sup>, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Intézet, Debrecen<sup>3</sup>

**Bevezetés:** A májcirrrosisos betegek különösen fogékonyak a bakteriális fertőzések kialakulására. A komplement rendszer lektin útvonalának molekulái a veleszületett immunrendszerhez tartoznak, a májban képződnek és központi szerepet töltenek be a mikrobákkal szembeni védekezésben. A fikolinok(FCN) szolubililis mintázattal felismerő receptorként működnek, míg a mannóz-kötő lektin szerin proteázoknak(MASP) effektor molekulák. A funkcionális fehérjék alacsony szintje növeli a különféle fertőzés kialakulásának kockázatát. A májcirrrosishoz kapcsolódó bakteriális fertőzésben betöltött szerepük kevésbé ismert. **Módszerek:** 266

májcirrrosisos beteg (ffi:50% alkoholos etiológia:63,9%, medián életkor:56 év, MELD score:11) és 160 egészséges egyén esetén vizsgáltuk a különféle lektin molekulák (FCN-2, FCN-3, MASP-2) szérumszintjét ELISA-val. 5 éves utánkövetéses klinikai vizsgálatban elemeztük a szérumszinteknek a klinikailag jelentős bakteriális fertőzések kialakulásában és a halálozásban betöltött szerepét. **Eredmények:** A FCN-2, FCN-3 és MASP-2 szérumszintek szignifikánsan alacsonyabbak voltak májcirrroszisban az egészségesekhez képest (median: 505 vs. 769ng/ml, 7301 vs. 10797ng/ml és 212 vs. 412ng/ml, p<0,001 mindhárom esetben) és csökkenés mértéke összefüggött a betegség súlyosságával. Kaplan-Meier analízisben a bakteriális fertőzés kialakulásáig eltelt idő az alacsony FCN-3 szinttel (<4857ng/ml, p=0,028) mutatott szignifikáns kapcsolatot, míg az alacsony FCN-2 szinttel (<427ng/ml, p=0,068), illetve a MASP-2- hiánnyal (<100ng/ml, p=0,368) nem. A kombinált FCN hiány az egyedi molekuláknál nagyobb mértékben tette lehetővé ezen epizódok kialakulásának előrejelzését. Többváltozós Cox-regressziós vizsgálatban azonban csak a klinikai tényezők, mint a Child-Pugh stádium szerinti betegség súlyosság, vagy a korábbi infekciós epizód előfordulása, bizonyultak a bakteriális fertőzések kialakulásában független kockázati tényezőnek (HR[95%CI]: 2,64, [1,74-3,93] és 2,11 [1,52-2,93], p<0,001 mindkettő esetén), míg a szérumszintek nem. A lektin molekulák szérumszintje a hosszútávú halálozással sem mutatott összefüggést. **Következtetések:** Prospektív klinikai tanulmányunkban a májcirrroszisban bekövetkező bakteriális fertőzések kialakulását nem elsősorban a szérumszintek, hanem a klinikai tényezők, határozták meg.

49

#### TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS C IN A PATIENT WITH GENETICALLY PROVEN ACUTE INTERMITTENT PORPHYRIA

Folhoffer A.<sup>1</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Krolopp A.<sup>1</sup>, Pusztai Á.<sup>2</sup>, Szalay F.<sup>1</sup>, 1st Dept of Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Medical Centre, Hungarian Defence Forces<sup>2</sup>

**Introduction:** Hepatitis C virus is a well-recognised cause for chronic hepatitis and even for hepatocellular carcinoma. Apart from liver disease this viral infection is also known to be associated with a spectrum of extrahepatic manifestation. The risk of side effects of antiviral treatment might be augmented in genetically determined metabolic disorders. **Case / Patient:** A 46 year old female patient with elevated transaminase values was investigated. Acute intermittent porphyria was diagnosed by enzymological and genetic investigations. The uroporphyrinogen 1 synthase level was low, hydroxymethylbilan synthase (HMBS) G111A mutation was identified in 11q23.3 region as that in her mother. No abdominal or neurological symptoms were present. Three years later HCV chronic hepatitis was diagnosed. Liver biopsy confirmed the diagnosis. Blood transfusion in her childhood was supposed as cause of viral infection. Interferon alpha plus ribavirin treatment was ineffective as well as pegylated interferon plus ribavirin with protease inhibitor (telaprevir) therapy. Lot of side effects were observed, including skin rash, joint pain, depression, anemia, neutropenia. The dose of ribavirin was reduced at the beginning of therapy because of the underlying porphyria and further on because of ribavirin related anemia. At her age of 61 interferon free antiviral treatment was introduced (GT1b, Fibrosan 20,2 kPa; stage F4). Ombitasvir + paritaprevir + ritonavir and dasabuvir combined treatment the only available interferon free regime that time in Hungary was applied. Treatment was well tolerated. Although transitory abdominal pain and dark urine occurred, the porphyria related attack was excluded by laboratory assessment. No biliary obstruction was detected. The complaints disappeared and did not return. HCV RNA PCR were negative at week 12 and also at 24 weeks after the treatment (EOT+24W). **Conclusion:** The above case shows that ombitasvir + paritaprevir + ritonavir and dasabuvir combined interferon free treatment could be successfully applied even in former treatment failure patient with genetically confirmed acute intermittent porphyria without any significant side effect.

50

**THE SPATZ3 INTRAGASTRIC 1 YEAR-LONG BALLOON EFFECT ON BODY WEIGHT IN OBESE PATIENTS**

Fuszek P.<sup>1</sup>, Tahi Á.<sup>2</sup>, Tari K.<sup>3</sup>, Filiczky I.<sup>4</sup>, Bajnok É.<sup>5</sup>, Illanitz E.<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem Kútvolgyi Klinikai Tömb Járóbeteg Ellátás Gastroenterológia<sup>1</sup>, Dr. Rose Magánkórház<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem I. Sz. Sebészeti Klinika<sup>3</sup>, GyomorBallon Terápiás Ambulancia<sup>4</sup>, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ II.sz Belgyógyászati Osztály<sup>5</sup>

**Background:** Obesity is one of the major health and financial problem of preventable chronic diseases in the world. The basic therapy such as diet, exercise and comprehensive lifestyles intervention seldom give durable results. Bariatric surgery has been reported to achieve effective and long term weight loss however it has significant risks and complications. As a result, greater focus has turned toward minimally invasive endoscopic therapies for the management of obesity. The aim of the study was to assess the results of intragastric balloon (Spatz3) implantation when treating obesity. **Methods:** Conservative weight loss treatment non responder obese patients were included in the study. Recruitment of patients relied on internet advertising. Selection was based on BMI: those between 30-40 kg/m<sup>2</sup>. Each patient received an one-year Spatz3 balloon. The study included a total of 71 patients who were followed for one-year. **Results:** The intragastric balloon system was removed after 12 month. The obtained BMI reduction ranged between 1 and 10 kg/m<sup>2</sup>, which amounted to a maximum weight loss of 48 kg. Excessive weight loss was on average 14% in patients. Side effects (nausea, vomiting, diarrhea, abdominal discomfort, ulcer, pancreatitis) were similar to the international data. **Conclusion:** Based on these results, Spatz3 one year long balloon is an easy to apply minimally invasive, safe, reversible, repeatable, cost-effective method.

51

**OBESITY AND CANCER RISK**

Gaál A.<sup>1</sup>, Balla E.<sup>2</sup>, Pink T.<sup>2</sup>, Csintalan Z.<sup>2</sup>, Pepa K.<sup>2</sup>, Csefkó K.<sup>2</sup>, Varga M.<sup>1</sup>, Bekes Country Central Hospital- Dr. Réthy- Department of internal medicine 3rd, Gastroenterology, Békéscsaba<sup>1</sup>

Global prevalence of obesity is increasing and it poses great clinical challenge as it is associated with elevated risk of diabetes, metabolic syndrome, cardiovascular diseases, non alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and several malignant diseases. Besides genetics the changing lifestyle and socioeconomic factors have a major casual role in the fulminant spread of obesity. These factors affect the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and augment the unfavorable effects of different adipokines, endocrine hormones and chronic inflammatory factors which lead to the growth and dysfunction of the visceral adipose tissue and induce tumorigenesis. Compared with normal weight individuals the overall cancer risk (odds ratio [OR]) in obese subjects is 1.52 for men and 1.88 for women. The OR of hepatic cancer is 4.52 for men and 1.68 for women. In line with rising obesity rates morbidity of primary hepatocellular carcinoma (HCC) is also increasing but the background of the association is not fully known. According to some data expansion of hepatic progenitor cell lines typically detected in NAFLD may play a role in the increased cancer risk. Other reports confirmed an association between diabetes and liver cancers, the risk is 2-4 times higher in diabetic patients. HCC usually develops in cirrhotic liver caused by chronic inflammation, but in some cases it is detected in non-cirrhotic patients. HCC diagnosed in the non-cirrhotic liver usually manifests in older age without prior alarming signs of liver damage, with more advanced disease status and extrahepatic metastases. NAFLD which is considered to be the hepatic manifestation of the metabolic syndrome is underdiagnosed in the general population and poses a great clinical challenge. Our aim was to summarize the pivotal knowledge about the association between obesity and cancer risk.

52

**EFFICACY OF TREATMENTS ON ENDOSCOPICALLY UNEXTRACTABLE LARGE BILE DUCT STONES**

Gábor Z.<sup>1</sup>, Péter Ferenc K.<sup>1</sup>, Dóra I.<sup>1</sup>, Emese I.<sup>1</sup>, Zoltán S.<sup>1</sup>, László C.<sup>1</sup>, Szegei Tudományegyetem I. számú Belgyógyászati Klinika<sup>1</sup>

**Background:** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is the most important diagnostic and therapeutic method to reveal and treat bile duct stones. During ERCP endoscopic sphincterotomy, endoscopic papillary balloon dilatation and mechanical or laser lithotripsy can be performed to remove stones. Even so, 10-15% of bile duct stones can not be removed. In these cases, biliary drainage should be provided by plastic stents. **Objective:** The aim of this study was to follow patients with endoscopically unextractable large bile duct stones. **Methods:** Patients with endoscopically unextractable bile duct stones and plastic stent implantation between 1 January 2011 and 31 December 2011 were enrolled. **Results:** 56 patients (13 male and 43 female, mean age 73.78±11.8 /37-98/ years) were recruited. 41 patients (73.21%) received ursodeoxycholic acid (UDCA). The mean follow-up was 24.7±36.68 /1-159/ months. One stone was revealed in 19 patients, 2 and 3 stones in 6-6 patients and more than 3 stones in 25 patients. The stones were 10-25 mm large in 40 patients and larger in 16 patients. The mean number of stents implanted in the bile duct were 2.65 (1-14; ±2.54) per patients. Twenty one patients received one stent, 26 patients 2-5 stent and 9 patients more than 5 stents. 36 patients (64.28%) were proved stone free at the end of the follow-up. Complete endoscopically stone extraction was accomplished in 26 patients, surgical removal was needed in 10 cases. Two patients died in cholangiosepsis as complication. 68.29% (28) of the patients receiving UDCA became stone free at the end of the examination. 53.33% (8) patients out of the 15 not receiving UDCA had no stone at the end of the study (p=0.168). There was no correlation between the incidence of complications and age (under 66 years vs. over 66 years, p=0.322) and the number of stents inserted (p=0.181). **Conclusions:** The majority of the endoscopically unextractable bile duct stones could be removed successfully during repeated ERCP. UDCA treatment did not influence the removability of large bile duct stones. The implantation of plastic stent is necessary until the definitive removal of gall stone for ensuring biliary drainage.

53

**A KONTRASZTANYAGOS ULTRAHANG VIZSGÁLATOK BEVEZETÉSE OSZTÁLYUNKON**

Gajdán L.<sup>1</sup>, Mag M.<sup>1</sup>, Gervain J.<sup>1</sup>, I. Belgyógyászat, Hepato- Pancreatológia Részleg, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár<sup>1</sup>

**Bevezetés:** az elmúlt évtizedekben az ultrahang (UH) vizsgálatok rutin diagnosztikai módszerré váltak. Előnyük, hogy könnyen elvégezhetők, ismételhetők, nem járnak szugarterheléssel és magas az információ tartalmuk. Hátrányuk, hogy fokális májelváltozások esetén a góccok differenciálásában a diagnosztikus értékük elmarad a kontrasztanyag CT és MR vizsgálatok mögött. Az UH-os kontrasztanyagok használatának igénye régóta felmerült. Az utóbbi évtizedben sikerült olyan kontrasztanyagokat valamint speciális szoftverrel rendelkező UH készülékeket kifejleszteni, melyek segítségével nagyobb találati biztonsággal véleményezhetők a hepaticus góccok. **A CEUS vizsgálat feltételei:** megfelelő szoftverrel ellátott UH készülék, mikrobuborékos kontrasztanyag és gyakorlott vizsgáló. A kontrasztanyagok 2-5 µm átmérőjű gázbuborékokat tartalmaznak, melyek csak intravasculárisan keringenek, a szervezetből léggzéssel távoznak, használatuk a veseműködéstől független. A ma leggyakrabban használt második generációs kontrasztanyag (Sono Vue®) kén-hexafluorid gázból (S6F) és foszfolipid burokból áll. Indikációk közül messze a leggyakoribb a fokális májlaesiók elkülönítése. A karakterizálás alapja a kontrasztdinamika megfigyelése a máj keringési fázisaiban. A benignus és malignus hepaticus laesiók eltérő kontraszthalmozásuk alapján különíthetők el. A módszer korlátai megegyeznek a natív hasi UH vizsgálatokéval. Obesitas, meteorismus vagy a bordák zavarhatják a vizsgálat elvégzését. A módszer nagy előnye, hogy

folyamatos, valós idejű vizsgálatot tesz lehetővé, a kontrasztanyag ismételt, nem jár sugárterheléssel és beszűkült vese-funkciók esetén is alkalmazható. Rutinszerű alkalmazás esetén csökkenthető a CT, MR vizsgálatok valamint májbiopsziák száma. **Összefoglalás:** a hepatológiai diagnosztika egyik legnagyobb kihívása a májgócok korai fázisban, időben történő felismerése, differenciálása és természetük megállapítása. Ebben nyújthat nagy segítséget a CEUS vizsgálat. Számunkra a technikai és személyi háttér adott. Célunk kórházunk I. Belgyógyászati Osztályának Hepato-Pancreatológiai Részlegén a módszer bevezetése, és a vizsgálat rutinszerű végzése.

54

#### PROMOTER HYPOMETHYLATION AND OVEREXPRESSION OF LINC00152 LONG NON-CODING RNA DURING DEVELOPMENT AND PROGRESSION OF COLORECTAL CANCER

Gálamb O.<sup>1</sup>, Kalmár A.<sup>2</sup>, Péterfia B.<sup>2</sup>, Hollósi P.<sup>3</sup>, Nagy Z.<sup>2</sup>, Csabai I.<sup>4</sup>, Wichmann B.<sup>1</sup>, Bodor A.<sup>4</sup>, Ribli D.<sup>4</sup>, Barták B.<sup>2</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, Molnár B.<sup>1</sup>, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences<sup>1</sup>, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University<sup>2</sup>, Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University<sup>3</sup>, Department of Physics of Complex Systems, Eötvös Loránd University<sup>4</sup>

**Background:** Long non-coding RNAs (lncRNAs) contribute to the development of different cancers including colorectal cancer (CRC). LINC00152 lncRNA has an oncogenic function in gastric cancer cell lines. Expression and effects of LINC00152 during colorectal carcinogenesis and cancer progression are not well studied. **Aims:** We aimed to analyze LINC00152 expression and promoter DNA methylation changes along the colorectal normal-adenoma-carcinoma sequence. Possible gene expression regulatory role of LINC00152 was also studied in connection with DNA methylation regulation and with microRNAs which can be targeted by LINC00152. **Methods:** 147 colonic biopsy samples (49 normal, 49 adenoma, 49 CRC) were analyzed using HGU133Plus2.0 microarrays (Affymetrix). Real-time PCR validation was performed on 90 colonic specimens. DNA methylation was studied in 30 colonic tissue samples (15 adenoma, 9 CRC, 6 normal) using methyl capture sequencing. Methylation status of LINC00152 promoter was validated on 90 biopsy samples by bisulfite sequencing. Parallel LINC00152, microRNA, mRNA expression analysis was carried out using Human Transcriptome Array 2.0 and miRNA 3.0 Array data of 24 colonic biopsies. **Results:** LINC00152 (Affy ID: 225799\_at) was found significantly upregulated in adenoma and CRC samples compared to normal tissue ( $p < 0.001$ ) which was confirmed by real-time PCR. Remarkable hypomethylation of LINC00152 promoter region was detected in CRC compared to normal samples using both methyl capture sequencing and bisulfite sequencing ( $p < 0.01$ ), which was correlated with increased LINC00152 expression ( $R = 0.90$ ). In parallel with LINC00152 overexpression, downregulation of certain microRNAs potentially targeted by LINC00152 (including miR-195-5p) was found in CRC, while certain validated targets (like CDK4, CCND1) of these microRNAs were significantly upregulated ( $p < 0.01$ ). In silico analysis revealed potential interactions between LINC00152 and promoters of tumor suppressor genes such as p15 and p21. **Conclusion:** Promoter hypomethylation and overexpression of LINC00152 lncRNA can contribute to colorectal carcinogenesis facilitating cell proliferation through downregulation of miRNAs targeting cell cycle progression genes or affecting promoter methylation of tumor suppressor genes.

55

#### TÖBB "SAM" TÖBBET LÁT, FŐLEG ENDOSZKÓPPAL

Gárdonyi M.<sup>1</sup>, Kovács Z.<sup>1</sup>, Graffits É.<sup>2</sup>, Dezső E.<sup>3</sup>, Hunyady B.<sup>1</sup>, Gasztroenterológiai Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár<sup>1</sup>, Általános Belgyógyászati Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár<sup>2</sup>, Endokrin – Anyagcsere Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár<sup>3</sup>

A gasztroenterológián jelentkező beteg panaszai nagyrészt átlagosnak mondhatóak. Puffadás, fogyás, diffúz hasi fájdalom, émelygés, hányinger, hányás, hasmenés, székrekedés, vagy e kettő váltakozása. Gyakran a panaszok évtizedek óta fennállnak, illetve a társbetegségek melléktüneteként jelentkeznek. Elmondható, hogy képzelt vizsgálatok nélkül a diagnózis felállítására lehetetlen küldetés lenne, valamint a társzajmák együttműködése mennyire fontos és még így is néhány buktató felmerülhet. A szerzők egy érdekes eset kapcsán mutatják be az endoszkópia jelentőségét a diagnosztikában.

56

#### EFFICACY AND SAFETY OF BIOSIMILAR INFlixIMAB AFTER ONE-YEAR: RESULTS FROM A PROSPECTIVE NATIONWIDE COHORT

Cecse K.<sup>1</sup>, Végh Z.<sup>1</sup>, Kürti Z.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Banai J.<sup>3</sup>, Bene L.<sup>4</sup>, Gasztonyi B.<sup>5</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>, Szalay B.<sup>14</sup>, Kristóf T.<sup>6</sup>, Lakatos L.<sup>7</sup>, Miheller P.<sup>8</sup>, Nagy F.<sup>2</sup>, Palatka K.<sup>9</sup>, Papp M.<sup>9</sup>, Patai Á.<sup>10</sup>, Lakner L.<sup>10</sup>, Salamon Á.<sup>11</sup>, Szamosi T.<sup>3</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Tóth G.<sup>12</sup>, Vincze Á.<sup>13</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>2</sup>, Military Hospital – State Health Centre, Budapest<sup>3</sup>, 1st Department of Medicine, Peterfy Hospital, Budapest<sup>4</sup>, 2nd Department of Medicine, Zala County Hospital, Zalaegerszeg<sup>5</sup>, 2nd Department of Medicine, B-A-Z County and University Teaching Hospital, Miskolc<sup>6</sup>, Department of Internal Medicine, Csolnoky Ferenc Regional Hospital, Veszprém<sup>7</sup>, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>8</sup>, Institute of Medicine, Department of Gastroenterology, University of Debrecen, Clinical Center, Debrecen<sup>9</sup>, Department of Medicine and Gastroenterology, Markusovszky Hospital, Szombathely<sup>10</sup>, Department of Gastroenterology, Tolna County Teaching Hospital, Szekszárd, Hungary<sup>11</sup>, Department of Gastroenterology, Janos Hospital, Budapest, Hungary<sup>12</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>13</sup>, Department of Laboratory Medicine, Budapest, Hungary<sup>14</sup>

**Introduction:** Biosimilar infliximab CT-P13 received positive CHMP recommendation in June 2013 for all indications of the originator product. It has been previously shown that CT-P13 is effective and safe in inducing remission in inflammatory bowel diseases (IBD). However, prospective, long-term data on the efficacy and safety of the biosimilar infliximab in IBD are lacking. **Methods:** A prospective, nationwide, multicentre, observational cohort was designed to examine the efficacy and safety of CT-P13 infliximab biosimilar in the induction and maintenance treatment of Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC). Demographic data were collected and a harmonized monitoring strategy was applied. Clinical remission, response and biochemical response was evaluated at week 14, 30 and 54. None of the patients had received infliximab within 12 months prior to initiation of the biosimilar infliximab. Safety data was registered. **Results:** 291 consecutive IBD (184 CD and 107 UC) patients were included in the present cohort, of which 100 patients reached the week 54 endpoint. The age at disease onset was 23/28 years (median, IQR: 19-34 and 22-39) in CD and UC patients, respectively. 32/49% of CD patients had colonic/ileocolonic disease location, 41% had complicated disease behaviour, 35% had perianal disease and 23% had gone through previous surgery. 8/33/59% of UC patients had proctitis/left-sided colitis/extensive colitis. 25/14% of patients had received previous anti-TNF therapy in CD and UC, respectively. 60/52% of CD/UC patients received concomitant immunosuppressives at baseline.

55, 57 and 47% of CD patients reached clinical remission by week 14, 30 and 54. Clinical response was 83, 77 and 58%, respectively. 59, 46 and 53% of UC patients reached clinical remission by week 14, 30 and 54. Clinical response was 78, 69 and 64%, respectively. Previous anti-TNF exposure was associated with lower response and remission rates in both CD and in UC at all timepoints. Mean CRP decreased significantly both in CD and UC patients by week 14, which was maintained throughout the 1-year follow-up. 21

(6.6%) patients had infusion reactions, 23 (7.9%) patients had infections and 1 death occurred. **Conclusions:** This prospective nationwide cohort shows that CT-P13 is effective and safe in maintaining remission in both CD and UC. Efficacy was influenced by previous anti-TNF exposure.

57

#### INFLIXIMAB INFLUENCED CHANGES OF SERUM TNF-ALFA LEVELS

Gelley A.<sup>1</sup>, Nagy E.<sup>2</sup>, Potó L.<sup>3</sup>, Balázs C.<sup>4</sup>, Kovács Á.<sup>5</sup>, Hegede G.<sup>5</sup>, Bene L.<sup>5</sup>, Schandl L.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>6</sup>, Miheller P.<sup>6</sup>, Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, Polyclinic of Hospitaller Brothers of Saint John of God, Budapest<sup>1</sup>, Dept. of Central Laboratory Polyclinic of Hospitaller Brothers of Saint John of God, Budapest<sup>2</sup>, Institute of Bioanalysis, University of Pécs Medical school, Pécs<sup>3</sup>, Immune-Endocrine Centre Budapest<sup>4</sup>, Gastroenterology, Péterfy Sándor Hospital Budapest<sup>5</sup>, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>6</sup>

**Introduction:** Towards a more successful follow up of anti TNF-alfa treatment we investigated the changes of serum TNF-alfa levels during infliximab (IFX) infusions. **Patients:** 20 subjects with Crohn's disease were involved: 12 subjects treated immunomodulant+infliximab (8 patients were treated with Remicade and 4 patients were treated with Inflectra); 8 control subjects treated only with immunomodulant. 3 patients were switched to adalimumab because of loss of response or infusion reaction of infliximab. **Method:** The serum TNF-alfa levels were measured before and after every infusions by ELISA assay Quantikine® HS, R&D SYSTEMS. **Results:** The average (AVG) of serum TNF-alfa levels of the 8 inactive control subjects treated only with immunomodulant was 0.94 pg/ml. The AVG of serum TNF-alfa levels of active subjects treated only with immunomodulant during the suspended infliximab treatment was 15.63 pg/ml. The difference is significant ( $p=0.001$  Mann-Whitney test). Before infliximab treatment the patients were also on steroid therapy. Their serum TNF-alfa AVG level was 1.55 pg/ml. Comparing the pre-treatment TNF-alfa levels to the sequential pre-infusion TNF-alfa levels there were significant increase ( $p<0.001$  Wilcoxon test). The serum TNF-alfa levels decreased significantly after each infusion ( $p<0.001$  Wilcoxon test), but they were markedly increased by the next infusion ( $p<0.001$  Wilcoxon test). There were no significant differences of the serum TNF-alfa changes between the two infliximab (Remicade and Inflectra). The few data of the 3 patients switching to adalimumab did not show the same feature of TNF-alfa level changes. **Conclusion:** the observed saw-like pattern changes of the serum TNF-alfa might form the basis of therapy monitoring during the infliximab treatment.

58

#### AZ ELSŐ TAPASZTALATAINK A HCV POZITÍV MÁJTRANSZPLANTÁLTAK INTERFERON MENTES KEZELÉSÉVEL

Gerlei Z.<sup>1</sup>, Varga M.<sup>1</sup>, Smudla A.<sup>1</sup>, Sárváry E.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika<sup>1</sup>

Májtranszplantációt HCV infekció miatt kialakult cirrhosis hepatitis miatt végzünk leggyakrabban, átlagban 30-40% között. A direkt ható antivirális készítmények (DAA) megjelenése előtt pegylalt interferon és ribavirin kezelést használtunk, a terápiás sikerünk sajnos csak 35 % volt. Az alacsony gyógyulási arány ellenére a betegek túlélése nem volt szignifikánsan rosszabb, így a betegek nagy része graft veszteség nélkül megérte a DAA készítmények megjelenését.

2014. novembertől 2016. februárig 60 beteget kezeltünk DAA készítménnyel. Egy beteg kapott 24 hetes sofosbuvir/daclatasvir, 2 beteg 12 hetes sofosbuvir/simeprevir/ribavirin, 15-en 12 hetes sofosbuvir/ledipasvir/ribavirin és 42-en 24 hetes ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir/ribavirin (3D) kezelést. A betegek közül ötven kaptak első kezelésként DAA-t, hárman a transzplantáció ideje alatt már DAA kezelés alatt álltak. Valamennyien 1-es genotípusba tartoztak, csak egy esetben igazolódott G1a. Öt betegünk részesült DAA kezelés előtt sikertelen pegylalt interferon,

ribavirin és első generációs proteáz inhibitor terápiában. Az immunosuppresszív gyógyszerek és a 3D között ismert gyógyszerinterakció miatt a tacrolimus dózisát heti egyszer 0,5 mg-ra módosítottuk és valamennyi szedett egyéb készítményt ellenőriztük, szükség esetén lecseréltük. Két esetben még így is magas gyógyszer szint miatt az intervallumot 10 napra, egy betegnél 14 napra módosítottuk. Valamennyiüknél már az első héten, a GOT, GPT eredmények jelentős csökkenését tapasztaltuk, a kezelés végére normális értékeket kaptunk. Az eddigi eredményeink szerint mindannyian már rendelkeznek negatív HCV PCR eredménnyel, remélhetőleg valamennyien elérik az SVR 24 negativitást is. A kezelés vége utáni 24 hetes HCV PCR eredménye 4 betegnek van, negatívak lettek.

A kezelés alatt 3 beteget veszítettünk el. A két 3D-t kapó beteg az otthonában exitált, feltételezhetően hirtelen szívhalál következtében, a sofosbuvir/ledipasvirrel kezelt beteget a klinikán kezeltük pneumonia, sepsis miatt. A sajnálatos esetek összefüggése az antivirális kezeléssel nem igazolódott.

A különböző DAA kezeléseket a transzplantált betegek jól tolerálták, kiöklődési reakciót nem észleltünk. Eredményeink megfelelnek a nem transzplantáltakénak.

59

#### THE MULTIFACETED APPLICATION AND VALUE OF ULTRASOUND EXAMINATIONS IN THE GASTROENTEROLOGY (LECTURE IN MEMORY OF REGÖLY-MÉREI JÁNOS)

Gervain J.<sup>1</sup>, Division Hepato-Pancreatology 1st Dept. of Internal Medicine and Molecular Diagnostic Laboratory, „Szent György” University Teaching Hospital of County Fejér<sup>1</sup>

Ultrasound examination is one of the keystones in patient diagnostics which for almost four decades has now also been carried out by gastroenterologists (specialists of internal medicine, surgery, paediatrics) besides radiologists. Following on from instrumental and technological developments, there are now multiple ultrasound-based high sensitivity invasive and non-invasive diagnostic and therapeutic methods available.

The current talk will introduce beside routine abdominal ultrasound and Doppler examinations the newer non-invasive transient and shear wave sonoelastographic methods; from the invasive procedures biopsy, puncture, drainage and different ablation therapies; and the endosonographic and contrast enhanced ultrasound techniques. From these the presenter will demonstrate all those methods that are currently in practical application at their department's ultrasound lab.

60

#### NASOGASTRIC FEEDING IS A SAFE, USEFUL AND WELL TOLERATED NUTRITIONAL METHOD IN ALL FORMS OF ACUTE PANCREATITIS

Gódi S.<sup>1</sup>, Bajor J.<sup>2</sup>, Czimmer J.<sup>2</sup>, Hagendorn R.<sup>2</sup>, Pár G.<sup>2</sup>, Pakodi E.<sup>2</sup>, Pármiczky A.<sup>3</sup>, Sarlós P.<sup>2</sup>, Szabó L.<sup>2</sup>, Vincze Á.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, Division of Translational Medicine, University of Pécs<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, Division of Gastroenterology, University of Pécs<sup>2</sup>, Gastroenterology Department, Heim Pál Children's Hospital, Budapest<sup>3</sup>

**Introduction.** There is a GRADE A evidence that enteral nutrition in acute pancreatitis (AP) can be administered via either the nasogastric (NJ) or nasogastric (NG) route. Although applying nasogastric feeding is much easier than setting up the nasojejunal feeding, medical doctors in Hungary have not utilized/believed it yet. Only 1 of the 600 AP patients received NG feeding based in the National Hungarian Registry until 2016. Our department has started using early NG feeding routinely from 4 January 2016 in patients suffering in AP and already applied it in 33 patients ever since. **Aim.** Our aim was to compare the safety and usefulness of NG feeding vs the generally applied nil per os diet or NJ feeding in all severity groups of AP. **Methods.** Mortality rate, length of hospitalization, necessity of antibiotic use, pain and amylase elevation during refeeding were analysed in the NG-fed group (NGG) vs the Hungarian AP cohort group (HCG) where as we described earlier NG feeding was not utilized. **Results.** 25 (76%)



patients had mild, 5 (15%) had moderate and 3 (9%) had severe AP in the NG group which represents a normal distribution of AP. 27/33 (82%) of the patients tolerated NG-feeding well. Delayed gastric emptying was observed in 6 cases (18%) only, where the NG-feeding tube was replaced with a nasojejunal one. Mortality was not observed in NGG, whereas 2.8% was in HCG. Although the tendency was clear, the length of hospitalization was not significantly different in mild and moderate AP between NGG vs HCG (6.9±0.43 vs. 8.2±0.21; 12.8±1.4 vs. 14.5±0.5). However, early NG feeding significantly decreased the hospital stay in severe AP (10.3±0.3 vs. 26.2±3.1). In mild AP, only 32% of the patients needed antibiotic therapy in NGG which was significantly less than in HCG (70%). There was no pancreatic enzyme elevation during the refeeding period in NGG. **Conclusion.** Nasogastric feeding is a safe, useful and well tolerated nutritional method in all forms of acute pancreatitis. Our preliminary results suggest that early NG feeding could be beneficial in all forms of AP.

61

### PREDICTING OF SHORT AND MEDIUM-TERM EFFICACY OF BIOSIMILAR INFLIXIMAB THERAPY. DO TROUGH LEVELS/ADAS OR CLINICAL/BIOCHEMICAL MARKERS PLAY A MORE IMPORTANT ROLE?

Golovics P.<sup>1</sup>, Végh Z.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>2</sup>, Bálint A.<sup>2</sup>, Gecse K.<sup>1</sup>, Lovász B.<sup>1</sup>, Kürti Z.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Biró E.<sup>3</sup>, Szalay B.<sup>3</sup>, Gönczi L.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>2</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>2</sup>, Department of Laboratory Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>3</sup>

**Introduction:** Biosimilar infliximab CT-P13 received EMA approval in June 2013 for all indications of the originator product and its use is mandatory in all anti-TNF naïve IBD patients in Hungary since May 2014. In the present study we aimed to prospectively evaluate the predictors of short and medium term clinical outcome in patients treated with the biosimilar infliximab in two IBD centers in Hungary. **Methods:** Demographic data were collected and a harmonized monitoring strategy was applied. Clinical and biochemical activity were evaluated at weeks 14, 30 and 54. Therapeutic drug monitoring (TDM) was regularly used. Trough level (TL) and anti- drug antibody (ADA) concentration were measured by ELISA (LT-005, Theradiag, France) at baseline at 14, 30 and 54 weeks and in the above 2 centers at weeks 2 and 6 right before anti-TNF administration during the induction treatment. **Results:** 291 consecutive IBD patients (184 CD patients and 107 UC patients) were included in the present cohort. 24.5/14% and 62/52% of CD and UC patients received previous anti-TNF and concomitant immunosuppressives at baseline therapy. Mean TLs were 20.1, 14.7 and 5.1 µg/ml at weeks 2, 6 and 14 (n=124, 86 and 158). Cumulative ADA positivity rates were 8.7%, 19.3%, and 28.0% in IBD patients at weeks 0, 14, and 30 (ntotal= 229, 192 and 143). Early TLs at week 2 were predicting short term- (week 14 response/remission, AUCLweek2=0.715/0.721, p=0.05/0.005,) but not medium-term (week 30 or 54) clinical efficacy. TLs measured at week 6/14 were not predicting either short or medium-term clinical outcome. In addition, early ADA status by week 14 (p=0.04-0.05, OR: 2.1-2.6 for week 14 and 30), early clinical response (p<0.001, OR: 7.7-42.8 for week 30/54) and normal CRP at week 14 (p=0.005-0.0001, OR: 3.2-7.8 for week 14 and 30) and previous anti-TNF exposure (p=0.03-0.0001, OR: 2.22-6.25, for week 14, 30 and 54) were associated with short and medium-term clinical outcomes (response and remission). **Conclusions:** Early TLs were only associated with short-term clinical outcomes, while ADA development by week 14, early clinical response and normal CRP at week 14 and previous anti-TNF exposure were predicting medium-term clinical outcomes

62

### AZ ALSÓ ÉS FELSŐ ENDOSZKÓPIÁK INDIKÁCIÓJA, A DIAGNÓZISOK MEGOSZLÁSA ÉS A MINŐSÉGI MUTATÓK AZ SE I. SZ. BELKLINIKÁN 2010 ÉS 2011-BEN

Gönczi L.<sup>1</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>, Kürti Z.<sup>1</sup>, Végh Z.<sup>1</sup>, Lovász B.<sup>1</sup>, Dorkó A.<sup>1</sup>, Seres A.<sup>1</sup>, Sümegi L.<sup>1</sup>, Menyhárt O.<sup>1</sup>, Kiss L.<sup>1</sup>, Papp J.<sup>1</sup>, Gecse K.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>1</sup>

**Bevezetés:** A gastrointestinalis (GI) endoszcópiák minőségi indikátorainak vizsgálata az endoszcópos centrumok egyik nagy kihívása. Célunk volt felmérni az SE I Belklinika endoszcópos laborjában, hogy 2010-2011-ben az endoszcópiás vizsgálatok milyen indikációval történtek, mi volt a diagnózisok megoszlása az indikációk és életkor szerint, milyen arányban sikerült komplett colonoszcópiát végezni és mindezek megfelelnek-e a nemzetközi ajánlásoknak. **Módszer:** 2010.01.01. és 2011.11.01. között 2867 betegnél végeztek felső- vagy alsó- endoszcópiás vizsgálatot (férfi/nő:1308/1559, átl. életkor:61 év, SD:16,6év). A részletes klinikai adatokat a fekvő-és járóbeteg megjelenések adataiból gyűjtöttük össze. **Eredmények:**A gastroscópiák során 5,7%-ban találtunk gyomorpolypot, 2,7%-ban gyomordaganatot, 10,4%-ban fekélybetegséget és 4,2%-ban nyelőcső varicositást. A vastagbél vizsgálatok colorectalis polypot 29,9%-ban, daganatot 6,3%-ban, diverticulumokat 20%-ban és gyulladásos bélbetegséget (IBD) 8,6%-ban írtak le. Az idősebbekben gyakoribb volt a GI vérzés miatt végzett vizsgálat (p<0,001,OR 1,48), és a társbetegség (p<0,001). Több volt a gyomorrák (p=0,013,OR: 2,14), a vastagbél polyp ill. rák (p<0,001,OR: 2,04 és p<0,001,OR: 3,83) és a diverticulum (p<0,001,OR: 3,10). A betegek 26,3%-át vizsgáltuk GI vérzés miatt. A vérzés indikációjával vizsgált betegek idősebbek voltak (p<0,01), több volt a férfi (p<0,001,OR:1,64), gyakrabban szedtek ASA-t vagy egyéb TAGG szert (p<0,02,OR: 1,30-3,23), 34,0%-ban igényelték transzfúziót. Ebben az indikációban gyakoribb volt a fekélybetegség (p<0,001,OR:2,83) és a nyelőcső varicositas (p<0,001,OR: 2,79) a gastroscópiák -, valamint a colorectalis daganat (12%,p<0,001,OR:3,27) a colonoszcópiák során, míg ugyanolyan arányban volt kimutatható vastagbél polyp, colon diverticulum, ill. IBD. A colonoszcópiák 81%-a volt komplett. Az inkomplett vizsgálat leggyakoribb oka az elégtelen előkészítés (38,2%), technikai nehézség (25,1%) és daganat miatti szűkület (20,5%) volt. **Összefoglalás:**A talált diagnózisok (leszámitva a gyakori IBD indikációt) figyelembe véve az életkort és a vizsgálat indikációját megfelelnek a nemzetközi irodalomban várható megoszlásnak. A betegek közel negyedét GI vérzés miatt vizsgáltuk. Az inkomplett colonoszcópiák oka leggyakrabban az elégtelen előkészítés és daganat miatti szűkület volt.

63

### MASSZA A CHOLEDOCHUSBAN - KÉT RITKA ESET BEMUTATÁSA

Gurzó Z.<sup>1</sup>, Bányai T.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>2</sup>, Novák J.<sup>1</sup>, Békés Megyei Központi Kórház Endoszkópos Labor<sup>1</sup>, Békés Megyei Központi Kórház Infektológia<sup>2</sup>

**Bevezetés:** ERC során megfelelő indikáció esetén csaknem minden esetben choledocholithiasis, benignus, vagy malignus epeúti szűkület ábrázolódik. Nagyon ritkán fordul elő, hogy az epeutakban szöveti massa ábrázolódik - két ilyen esetet mutatunk be **Esetbemutató:** egy férfi beteg került felvétellel, obstr. icterus, hányások, hasi dyskomphort miatt. Hasi UH tág epeutak mellett a májban egy rekeszes, echodús képletet mutatott, majd az elvégzett CT-n 6x7 cm átm. szabálytalan alakú, elmosódott kontúrú, mérsékelten hypodens képlet ábrázolódott és a radiológus cholangiocarcinoma, vagy gyulladásos folyamat gyanúját vetette fel. ERC során a choledochusban nagy nagymennyiségű massa ábrázolódott. EST követően ballonos extrakció során sárgás-szürkés massa ürült és a choledochusban rupturált máj echinococcus cysta gyanúját vetettük fel. A choledochus kitarítását követően naso-biliaris draint helyeztünk be, és a vett minta echinococcus részeket mutatott, a szerológia is pozitív lett. Albendazol kezeléssel kiegészítve az echinococcus meggyógyult. Másik esetünkben egy női beteget gondoztak hepatológián autoimmun hepatitis miatt, és UH vizsgálat során a máj 7 szegmentumában a vénák mentén egy 5 mm tág képletet láttak melyben thrombus ábrázolódott. Az elvégzett CT alapján sem lehetett eldönteni, hogy a vérrög tág vénában, vagy epeútból van. MRC készült, ami az epeutak kaliberingadozását mutatta (sclerotizáló cholangitisre

utalt), de nem volt egyértelmű a kommunikáció a vérrögös folyamattal. Időközben a beteg beszárgult, és ERC során epeúti kaliber-gadozás mellett a choledochusban massa ábrázolódott. EST-t követően a choledochust kitakarítottuk és véralvadék ürült. Kontroll CT-n a májban több helyről lehetett kisebb vézést látni, de csak a 7 szegmentumból. Haemostipticumok adását követően a vézés megszűnt. **Összefoglalás:** epeútban történt máj echinococcosis gyógyítása sikeres volt endoszkópos intervencióval, gyógyszeres kiegészítéssel. Sclerotizáló cholangitis epeúti vézése 7 májszegmentumból további kérdéseket vett föl (Locus minoris? Lesz-e újabb vézés?)

64

#### ANALYSIS OF PRIMARY FAILURE OF ERCPS IN 2015 AT OUR DEPARTMENT – 86/1130 CASES

Gyökeres T.<sup>1</sup>, Scheili E.<sup>1</sup>, Rábai K.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Gastroenterology<sup>1</sup>

**Introduction:** ERCP became an exclusively therapeutic intervention in the last decade. It should be centralized to referral centers, where the rate of success is higher and rate of complications is lower compared to small case-number hospitals. **Aim:** Retrospective analysis of unsuccessful ERCPS in 2015 at our department. **Results:** We have performed 1130 ERCPS in the last year. The primary cannulation of the bile duct was unsuccessful in 86 cases (7.6%): (42 men, mean age 64.5 years, 44 female, 71.6 years). We failed to get to the region of papilla in 18 patients (incl: 7 postoperative situation, 7 duodenal stenosis). In 2 pts the second/third attempt was successful, 9 pts were sent to percutaneous drainage (PTD), 1 to surgery, 2 pts died and in 4 pts the indication was reassessed and cancelled. In other 68 pts we reached the papillary region. Among them in 10 pts we did not perform precut. Finally in 4 patients cannulation succeeded for second/third attempt, 4 were sent to PTD, 1 to surgery in 1 pt the indication was revisited. In 58 patients we were not able to get into the bile duct despite performing precut at the first ERCP session. Finally, in 42 pts we turned out a success cannulating the biliary duct (34 at second, 7 at third, 1 at fourth attempt). In 16 unsuccessful cases we revisited the indication in 12, 2 pts were sent to PTD, 1 to surgery, 1 patient denied the second ERCP. In summary the intended duct was not reached in 38 pts (3.4%): in 16 pts the papilla could not be reached, if we got there, only 22 cases (2%) remained unsuccessful. Among them the revision of the indication solved the problem in 13 cases (1.2%), 6 had PTD, 1 had surgery, 1 patient did not cooperate. **Conclusion:** We perform largest number of ERCPS per year, consequently the rate of primary cannulation is high. In case of primary unsuccessful cases the precut increases the possibility of success upto 96.6%. Sometimes more than 2 sessions are needed to have a success. Almost half of the overall unsuccessful ERCPS caused by duodenal stenosis.

65

#### DIAGNOSIS, MANAGEMENT AND CLINICAL OUTCOME OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS IN HUNGARY – NATIONWIDE, MULTICENTER, RETROSPECTIVE ANALYSIS

Halász A.<sup>1</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Gervain J.<sup>1</sup>, Hamvas J.<sup>2</sup>, Takács R.<sup>2</sup>, Takács T.<sup>3</sup>, Szepes Z.<sup>3</sup>, Varga M.<sup>4</sup>, Csefkó K.<sup>4</sup>, Czákó L.<sup>3</sup>, Novák J.<sup>5</sup>, Szepes A.<sup>6</sup>, Czimmer J.<sup>7</sup>, Sümegi J.<sup>8</sup>, Vincze Á.<sup>7</sup>, Sarlós P.<sup>7</sup>, Szabó I.<sup>7</sup>, Illés A.<sup>7</sup>, Bajor J.<sup>7</sup>, Gódi S.<sup>7</sup>, Szentesi A.<sup>3,9</sup>, Kui B.<sup>3</sup>, Párniczky A.<sup>10</sup>, Hegyi P.<sup>7,9,11</sup>, Hritz I.<sup>6</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatitis Study Group; St. George University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár<sup>1</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest<sup>2</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>3</sup>, Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba<sup>4</sup>, Pándy Kálmán Hospital of County Békés, Gyula<sup>5</sup>, Bács-Kiskun County University Teaching Hospital, Kecskemét<sup>6</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>7</sup>, University Teaching Hospital of County Borsod-Abaúj-Zemplén, Miskolc<sup>8</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>9</sup>, Heim Pál Children's Hospital, Budapest<sup>10</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged<sup>11</sup>

**Background:** Acute biliary pancreatitis (ABP) caused by gallstone disease is the most common form of acute pancreatitis. The role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in ABP is still controversial. **Aim:** The study aimed to evaluate data on diagnosis, management and clinical outcome of ABP in Hungary. **Methods:** Retrospective clinical analysis of patients with ABP between January 2013 and August 2015 based on the National Pancreas Registry established by the Hungarian Pancreatic Study Group. **Results:** Data of 371 patients with ABP including 210 (56.6%) females and 161 (43.4%) males with mean age of 61.7±18.1 and 62.1±16.1, respectively were evaluated. The diagnosis was made according to clinical symptoms, laboratory findings and/or clinical imaging. Cholelithiasis was detected in 74.1%, dilated common bile duct (CBD) in 32.6%, whereas choledocholithiasis in 5.1% by abdominal ultrasonography and/or computed tomography. According to laboratory tests biliary origin was determined in 42.3%. The majority of patients (67.7%) developed mild disease, 25.9% was identified as moderate and minority of cases (6.5%) was categorized as severe. In terms of therapy, ERCP was performed in 74.1%, in majority of patients (61.7%) during the first 24 hours after admission. During ERCP CBD stones were detected in 36.7%, CBD dilation in 45.8%; endoscopic sphincterotomy was done in 86.5%, overall successful biliary clearance was achieved in 84.7%. According to Tokyo guidelines, definite cholangitis was assessed in 33.7%. In this group ERCP was performed in 84.8%, in 67% within 24 hours after admission. 62.3% of patients received at least 2000ml of parenteral fluid during the first day, enteral feeding was administered in 27.8% (mostly in moderate or severe group) and antibiotics were given in 90.3%. Multimorbidity, age and length of hospital stay were associated with severity. Local complications developed in 27.2%, pancreatic necrosis in 12.4% and organ failure was identified in 7.8%. Mortality was 0.4%, 1.04% and 20.83%, respectively in mild, moderate and severe disease group. **Discussion:** ERCP is the mainstay of therapy of ABP in Hungary. Regardless of the treatment ABP is associated with significant morbidity and mortality. Registry provides comprehensive information which can help in further improving the management of the disease.

66

#### EFFICACY OF EUS FNA IN THE PANCREATIC TUMOURS. EVERY DAY ROUTINE IN THE MIRROR OF IDEAL CONDITIONS

Hamvas J.<sup>1</sup>, Takács R.<sup>1</sup>, Sági P.<sup>1</sup>, Bajcsy Zsilinszky Kórház Gastroenterologia, Pathologia<sup>1</sup>

The EUS-FNA for pancreatic tumours is the gold standard of evaluation malignancy. Several conditions will limit the impact of the sensitivity and specificity. The on-site cytology, assured anesthesia, appropriate patient selection, the FNA needles in various diameters and in different configuration could determine the result of FNA. Mostly in large centers are able to assure all the necessities of examinations. The lack of ideal background occurs the lowering of success rate. In 2015 we performed 67 EUS-FNA for various indication, in 48 cases pancreatic neoplasia was suspected. 44 of all FNAs were efficient (87%), and 19 resulted positive cytology, the remaining specimens were taken from benign structures (cysts, inflammations). In 6 cases the specimens were not able to valuation. In 4 cases FNA was not done because of the localization, patient clinically poor condition, or the need of anesthesia. We used only 22 G needles to puncture. The pathologist evaluated the specimen routinely 2-3 day after the FNA. Our results showed that the deficiency of conditions could cause lower success rate or repetition of the investigation. The cooperation between gastroenterologist and pathologist is as important as the possibility of using different accessories in cases of EUS-FNA.

67

**METABOLIC CHANGES AND POTENTIAL THERAPEUTIC TARGETS IN CACHEXIA – 2016 UPDATE**Harisi R.<sup>1</sup>, St. Istvan and St. Laszlo Hospital and Out-Patients Department, Department of Oncology, Budapest<sup>1</sup>

Cachexia develops in approximately 50-80% of tumorous patients and identified as an independent predictor of shorter survival and increases the risk of oncological treatment failure and toxicity in this population. It significantly reduces the quality of life and accounts more than 20% of cancer related deaths. In the International Consensus of Amsterdam cancer cachexia defined as a multifactorial syndrome (CACS: cancer anorexia-cachexia syndrome) characterized by ongoing loss of skeletal muscle mass that cannot be fully reversed by conventional nutritional support and leads to progressive functional impairment. The pathophysiology of CACS is multifactorial and characterized by a negative protein and energy balance due to a variable degree of reduced food intake and deranged metabolism. Interactions between tumor and reactive host cells are responsible not only for tumor growth, invasion and metastasis, but also for chronic inflammation. The CACS associated changes in carbohydrate, protein and lipid metabolism are caused by the elevated level of inflammatory cytokines. A number of tumor-derived factors and cytokines, including TNF- $\alpha$ , IL-1, IL-6, IFN- $\gamma$ , LIF and CNF have been proposed as mediators of the cachectic process, thereby representing a suitable therapeutic target. Currently there is no guideline on clinical management of CACS. Although more and more drug targets are proposed based on research in animal models, only few pharmacological treatments have been translated into clinical practice. The new anti CACS drug development aimed at normalizing of the above pathologic pathways. There is paradigm shift in CACS treatment, the traditional nutritional support is replaced by combination of pharmaceutical interventions, nutritional support and use of dietary supplements. Up to now, megestrol-acetate (MA) administration seems to be the most effective drug in CACS treatment. MA has dual effect, stimulates the NPY synthesis and inhibits the synthesis and expression of inflammatory cytokines. Its clinical effects are on line with the above, improves appetite, calorie intake and increases body weight. Future studies which more clearly define the role of signal molecules in producing cancer cachexia syndrome may lead to new treatment strategies, which are likely to result in better preservation of nutritional status if started concurrently with specific antitumor therapy.

68

**OTTHONI PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁS - AVAGY ÉLET A KÓRHÁZ UTÁN**Heimné Varga A.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gasztroenterológiai Osztály, MHEK Honvédkórház, Budapest<sup>1</sup>

Gasztroenterológiai osztályunk 2013 óta az otthoni parenterális táplálás (OPT) központja. Ezen időszak alatt 10 beteget vizsgáltunk ki OPT indításának megítélése céljából. Betegeink többsége ismételt műtétek következtében elvesztette vékonybelének jelentős részét, mely miatt életben maradásuk csak parenterális táplálás mellett képzelhető el. A vizsgált betegek közül nyolc esetben indíthatónak ítéltük meg a az otthoni parenterális táplálást. Betegeink közül sajnos 3 meghalt, 1 betegnél az OPT elhagyhatóvá vált és tovább enterálisan tápláltuk. 4 betegünk jelenleg is OPT-ben részesül. A hozzánk kerülő fiatal felnőtt korú, legyengült állapotban lévő betegekre erős élni akarás a jellemző. A kezdeti trauuma feldolgozása után kezdetét veszi a tervezés, szervezés, oktatás és gyakorlás. Összefoglalónkban ápoló szemmel az elmúlt évek tapasztalatairól, sikereiről és kudarcairól számolunk be.

69

**THE PREVALENCE OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME (IBS) RELATED SYMPTOMS IN SOUTH-EAST HUNGARIAN SUBJECTS, AN EPIDEMIOLOGIC STUDY.**Helle K.<sup>1</sup>, Bálint L.<sup>1</sup>, Incze O.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Vadász K.<sup>1</sup>, Szekeres V.<sup>2</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, First Department of Medicine,University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Hungarian National Blood Transfusion Service, Szeged, Hungary<sup>2</sup>

**Introduction:** Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common disease in the western countries, affecting approximately 20% of the population. It is known to impair significantly the quality of life of the patients and subsequently results increased medical expenses.

Since exact data are not available on its prevalence in Hungary, we aimed in the study to obtain population based data among South-East Hungarian subjects. **Methods:** Six-hundred and ninety-three consecutive blood donor volunteers (M/F: 417/276, mean age: 38 (17-66) years) were enrolled. Data collection was carried out by means of a questionnaire including bowel symptom status and severity, history of psychiatric or infectious disease, quality of life. **Results:** The prevalence of subjects, who fulfilled Rome III criteria for IBS was 8,2%, while former diagnostic criteria such as Rome II and Rome I were fulfilled 10,6% and 10,8% respectively. Most patients (91%) with positive IBS diagnosis (Rome III), had mixed type IBS (IBS-M), while diarrhea predominant (IBS-D) and constipation predominant (IBS-C) forms of the disease were present in 2% and 7% respectively.

Our preliminary data did not confirm that such symptoms occur more commonly in apparently healthy females than in males. Furthermore, they did not have influence the quality of life. Subjects with fulfilled IBS criteria had more often other functional GI symptoms, such as heartburn, regurgitation and globus (43, 30 and 13%) compared to those without IBS (21, 13 and 5%). The rate of urban citizens (79% vs. 63%) and intellectual workers (61% vs. 40%) were significantly higher in subjects with IBS symptoms. **Conclusions:** IBS-like symptoms are common among Hungarian healthy subjects. There are only minor differences between the different symptom based diagnostic systems (Rome I-II-III). The lack of gender differences and negative impact on the quality of life may reflect that an apparently healthy population was studied.

70

**COLORECTALIS TUMOROK SEBÉSZETE KÓRHÁZUNKBAN – AZ 1980-AS ÉS A 2010-ES ÉVEK ÖSSZEHOSONLÍTÁSA**Herczeg G.<sup>1</sup>, Merkel K.<sup>1</sup>, Ágh P.<sup>1</sup>, Vitályos T.<sup>1</sup>, Máté M.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Általános Sebészeti Profil, Budapest<sup>1</sup>

**Bevezetés:** A vastagbél és végbél tumoros megbetegedéseinek száma világszerte folyamatos emelkedést mutat. Az ellátásban az elmúlt 30 évben jelentős változások álltak be, köszönhetően a technikai fejlődésnek, a varrógépek gyakoribb alkalmazásának, illetve a laparoscopia térhódításának. Összehasonlítottuk osztályunkon az 1980-as években (1982-1993) vastagbél-végbél daganatok miatt történt elektív műteteink jellemzőit, az elmúlt 5 évben (2011-2015) colorectalis tumorok miatt végzett műteteink adataival. **Eredmények:** Jelentős volt az esetszám növekedése. Míg a vizsgált 1982-1993 közötti 12 éves intervallumban összesen 446 műtétet végeztünk (éves átlagban 37 műtét), addig a 2011-2015 év közti 5 éves időszakban évente átlagosan 161 operációra került sor. A korábbi eseteket vizsgálva láthatjuk, hogy a műtétek 68%-a rectum tumor miatt történt. Napjainkban a szakirodalomból ismert „jobbba tolódás” jelenségének megfelelően jelentősen megnőtt a jobb colonefel tumoros megbetegedéseinek száma. A technikai innovációknak is köszönhetően a műtéti típusok arányai is megváltoztak. Az 1982-1993 közé eső időszakban a rectum tumor műtétei során az abdominoperinealis rectum extirpációk voltak a jellemzőek (72%) a sphincter megtartásos anterior resectiókkal szemben. Napjainkra ez 17,5%-ra esett vissza, mely jelentős csökkenés. A 2010-es években a laparoscopos műtétek száma a nemzetközi terdekkel összhangban emelkedett. Az elmúlt években az elektív műteteink 11%-a történt laparoscopos módszerrel. A laparoscopos műtétek arányának növelését segíti az új finanszírozás, de a zárt keretek határt is szabnak. A diagnosztika és különösen a szűrés elégtelen voltára utal az előrehaladott stádiumú daganatok illetve a szövődmények miatt végzett műtétek aránya. **Megbeszélés:** adatainkból látszik, hogy a co-

lorectalis daganatok sebészetében a közelmúltban komoly változás volt megfigyelhető a tumorok felismerésében, elhelyezkedésében és különösen a kezelés tekintetében. A technikai fejlődés, az új eszközök (intelligens bipoláris és UH-os vágógépek), a varrógépek kiterjedt alkalmazása és a laparoscopus műtétek térhódítása következtében a korábbi sebészi gyakorlat napjainkra jelentősen megváltozott. A szervezeti szűrések beindulásától várható a korai stádiumban felismert esetek arányának növekedése és a szövődmények miatt végzett műtétek arányának csökkenése.

71

**A REFLUX TÜNETEI COPD-S BETEGEKBEN**

Hidvégi E.<sup>1</sup>, Nagy M.<sup>1</sup>, Balogh Z.<sup>1</sup>, Kerti M.<sup>1</sup>, Varga J.<sup>1</sup>, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest<sup>1</sup>

Köztudott, hogy a reflux betegség (GERD) gyakoribb légúti obstruktív betegségeknél, mint a normál populációban. A krónikus obstruktív tüdőbetegségnek (COPD) és a GERD-nek néhány tünete azonos, mint pl. a köhögés, rekedtség, mellkasi fájdalom. Vizsgálatunk célja az volt, hogy elemezzük a COPD-s betegek tüneteit a GERD lehetőségének szempontjából. A vizsgálatba 72 COPD-s beteget (30 nő, 42 férfi, átlag életkoruk 64 év) vontunk be, akiket Intézetünk Légzésrehabilitációs Osztályán kezeltünk. Légzésfunkciós vizsgálatot végeztünk, illetve refluxos panaszait és kezelésüket (COPD és GERD egyaránt) kérdőíves módszerrel felmértük. Igazolt GERD-je 20/72 betegnek (28%) volt. Nagyrészt (75%) protonpumpa gátló (PPI) kezelést kaptak, csak 20%-uk részesült H2 blokkoló (H2B) terápiában. Savas regurgitációról 85%-uk számolt be. A gyomor +/- mellkasi fájdalom, valamint a rekedtség is nagyon gyakori (60%) tünet volt. Azon betegek esetén is nagy számban találtunk refluxra utaló tünetet, akiknél eddig GERD-et még nem diagnosztizáltak (52 fő): 27%-uknak volt savas felbűfögése, 10%-nak hányingere, 27%-ban számoltak be gyomor +/- mellkasi fájdalomról. A nem GERD-es COPD-s betegek 40%-a részesült vagy PPI, vagy H2B kezelésben. A krákogást a nem GERD-es csoportban gyakrabban panaszolták, mint az igazolt reflux betegek (67% vs. 50%). Az átlagos FVC és FEV1 értékek nem különböztek a két csoportban (FVC 75% vs. 73% valamint FEV1 46% vs. 45%). Vizsgálatunkkal igazoltuk, hogy a COPD-s betegek között gyakoribb a GERD, mint a normál populációban, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy a betegek 1/3-ánál a GERD nincs is diagnosztizálva. Fontos a GERD megfelelő kezelése, mert csökkenti a panaszokat, jobb lesz a betegek légzésfunkciója és ezáltal javítja az életminőséget is.

72

**APPENDIX CARCINOID ENDOSCOPOS DIAGNÓZISA-ESET-BEMUTATÁS**

Horvát G.<sup>1</sup>, Makai G.<sup>2</sup>, Bugát Pál Kórház, Gasztroenterológiai Profil<sup>1</sup>, Sebészeti Osztály, Gyöngyös, Hungary<sup>2</sup>

Egy 52 éves férfibeteg esetét mutatjuk be, aki friss piros véres székürítés panaszai miatt sürgősséggel került felvételre osztályunkra. Az urgens felső panendoscopia során vérzésforrást nem találtunk. Szabályos előkészítést követően total colonoscopiát végeztünk. A vérzésforrásként, belső aranyér rupturát jelöltünk meg, emellett a bal colonfélben nagyszámú diverticulumot is találtunk. A coecumba bejutva, egy 15-20 mm-es polypoid bedomborodást láttunk az appendix redő területén, csúcsán kis necrosissal. A porckemény, nehezen biopsziázható területből szövettant vettünk, ami carcinoid tumort igazolt. A szövettani vizsgálat CK és NSE pozitív, fészkeket alkotó, ép mirigyek közötti területet infiltráló, szemcsézett plazmájú, monomorph magokat tartalmazó tumort írt le. A staging során a CT leképezte az appendixet is magába foglaló, coecum falat is infiltráló kis tumort, mely közeli, vagy távoli áttéteket nem képzett. Az anamnesis kiegészítés alapján nem funkcionáló tumorról volt szó, mely enyhe CK, kifejezett NSA és Chromogranin A pozitív volt. Jobb oldali hemicolecomiát végeztünk, mely során metastasis nem igazolódott. A tumor 2 cm-nél kisebb volt. További onkológiai kezelés céljából centrumba küldtük. A „Karcinoid” elnevezést Oberndorfer említi 1907-ben,

majd Cassidy 1934-ben számolt be a malignus carcinoid syndromáról. Az appendix carcinoid viszonylag gyakori formája az appendixben lokalizálódó neuroendocrin daganatoknak (G-NET). Leggyakrabban appendectomia során kerül felfedezésre, mintegy „véletlenül”. Az irodalomban, úgymond „véletlen” endoscopos diagnózis alig találtam. A betegünk további gondozása történik centrumban illetve részlegünkön. Esetünk felhívja a figyelmet arra, hogy mindig tartsuk be az endoscopia „törvényeit” akkor is, ha már megvan az aktuális tünetek oka, mindig be kell nézni a coecum kúpba is!

73

**ANALYSIS OF THE OUTCOMES OF THE REFERRED PATIENTS FROM OTHER HOSPITALS AFTER FAILURE OF ERCP**  
Horváth M.<sup>1</sup>, Scheili E.<sup>1</sup>, Rábai K.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Gastroenterology<sup>1</sup>

**Introduction:** The success and outcomes of ERCP is clearly connected with the experience of the ERCP team. As we are known as ERCP referral centre, we got several patients each year from other hospitals after their failure to cannulate. **Aim:** Retrospective analysis of the outcomes of the referred patients in 2015. **Results:** we have performed 1130 ERCPs last year, among them we had 34 patients with mentioning unsuccessful attempt in another hospital in our endoscopy report. In 28 patients (82.4%) our first ERCP attempt proved to be successful, and further 5 patients were cannulated at second session, resulting in overall success rate of cannulation in these difficult cases upto 97.1% (33/34 pts). Only one patient needed percutaneous drainage (PTD). In one third of these patients had previous Billroth II gastric resection. Taking into account the all ERCP patients with Billroth II gastric resection in 2015, we had 15 of them (some of them was referred without previous ERCP attempts). The overall cannulation success was 80 % (12/15), that was achieved at the first session. In the remaining 3 patients we were not able to reach the papillary region, and PTD was performed. **Conclusion:** In our centre we achieved high overall success rate in cannulation of the „difficult” papillas, that were referred after at least one unsuccessful attempt in outside hospital. This rate is the same as we achieved by our own, average patients. After unsuccessful ERCP (or furthermore, even before/instead of first ERCP attempt in patients with Billroth-II gastric resection) patients should be referred to ERCP centre where experts can reach high success rate.

74

**TREATMENT OF HEPATITIS C (HCV) GENOTYPE 1 (GT1) INFECTED PATIENTS (PTS) WHO FAILED PREVIOUS BOCPEREVER (BOC) OR TELAPREVER (TEL) BASED THERAPY WITH OMBITASVIR/PARITAPREVER/RITONAVIR + DASABUVIR (3D) + RIBAVIRIN (RBV)**

Hunyady B.<sup>1</sup>, Abonyi M.<sup>3</sup>, Gervain J.<sup>4</sup>, Horváth G.<sup>5</sup>, Jancsik V.<sup>7</sup>, Gerlei Z.<sup>8</sup>, Lengyel G.<sup>9</sup>, Makkai E.<sup>10</sup>, Pár A.<sup>2</sup>, Péter Z.<sup>9</sup>, Pusztay M.<sup>5</sup>, Ribiczey P.<sup>11</sup>, Rókus L.<sup>12</sup>, Sarrazin C.<sup>13</sup>, Schneider F.<sup>14</sup>, Schneider M.<sup>13</sup>, Szalay F.<sup>9</sup>, Tornai I.<sup>15</sup>, Tusnádi A.<sup>16</sup>, Újhelyi E.<sup>17</sup>, Werling K.<sup>9</sup>, Makara M.<sup>18</sup>, Dept Gastroenterology, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár<sup>1</sup>, First Dept. Medicine, University of Pecs, Pecs<sup>2</sup>, First Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>3</sup>, First Department of Internal Medicine and Molecular Diagnostics Laboratory, Fejér County Saint George University Teaching Hospital, Székesfehérvár<sup>4</sup>, Department of Gastroenterology, Saint John and Joint North-Buda Hospitals<sup>5</sup>, Hepatology Center of Buda<sup>6</sup>, Kenézy Gyula Hospital and Outpatient Clinic, Debrecen<sup>7</sup>, Department of Transplantation and Surgery, Faculty of Medicine<sup>8</sup>, Second Dept. Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>9</sup>, Department of Infectology, Department of Infectology, Ajka<sup>10</sup>, Department of Infectology, Zala County Hospital, Zalaegerszeg<sup>11</sup>, Medical Center, Military Hospital Hungarian Defence Forces, Budapest, Hungary<sup>12</sup>, Department of Internal Medicine 1, University Hospital Frankfurt, Frankfurt, Germany<sup>13</sup>, Department of Infectology, Markusovszky University Teaching Hospital, Szombathely<sup>14</sup>, Department of Internal Medicine, Medical Centre, University of Debrecen, Debrecen<sup>15</sup>, Jász-Nagykun-Szol-

nok County Hetényi Géza Hospital-Clinic, Szolnok<sup>16</sup>, Molecular Diagnostics Laboratory<sup>17</sup>, Outpatient Clinic, Joint Saint Istvan and Saint Laszlo Hospitals, Budapest, Hungary<sup>18</sup>

**Background:** The efficacy of 3D+RBV therapy has been evaluated in HCV infected pts who failed previous BOC or telaprevir TEL containing triple therapies. Due to financial constraints, use of this combination has been approved in Hungary for a subgroup of such pts. **Aims.** Real life efficacy and safety of 3D+RBV combination in BOC/TEL failure pt population have been analysed. **Methods:** hCV GT1b infected pts with compensated liver disease, who failed previous BOC/TEL-based triple therapy more than a year before, have been treated with 3D (standard doses) + RBV (600- 1200 mg) for 12 weeks. In addition to 99 GT1b pts, the retrospective analysis included 4 pts infected with GT1a, 2 with mixed GT1a+1b, and 4 with unknown GT1 subtypes. These non-GT1b pts have been commenced on therapy before approval of the Hungarian guideline (they received 24 weeks of therapy if cirrhotics). End of treatment (EOT), post treatment week 12 (SVR12) and week 24 (SVR24) viral response data, rate of SAE/AE events, AEs leading to discontinuation, and of grade  $\geq 3$  laboratory abnormalities have been collected. **Results:** Number of pts who reached EOT, SVR12 or SVR24 time points: 112, 62 or 50, respectively. Mean age: 57.9 yrs [range: 34-72]; female/male 61/51; BOC/TEL-failure: 70/42; GT1b/GT1a/GT1a+GT1b/GT1-unknown: 102/4/2/4; cirrhotic: 98 [87.5%]. In intent to treat analysis at EoT time point 109/112 (97.3%) pts reached an undetectable HCV RNA; one pt died due to myocardial infarction (considered not related to liver disease and/or therapy), one pt had a below the limit of quantification but detectable HCV RNA and one pt did not attend this visit (with HCV RNA not detectable at therapy week 4). SVR12 or SVR24 for those who reached these time points were 60/62 (96.8%) or 48/50 (96.0%), respectively. Two further SAE events represented one hospitalization due to  $>10x$  above the upper limit of normal elevation of transaminases and another due to pneumonia. Grade 1 anemia was the most frequently reported laboratory abnormality (30.8%) leading to RBV dose-reduction in 11.5% of pts. Other AEs and laboratory abnormalities, reported in  $< 10\%$  of pts each, were mild or moderate and transient in all pts. No early discontinuation of therapy was reported. **Conclusions:** One year after previous failure to BOC or TEL based triple therapy, 12 weeks of 3D+RBV combination in HCV GT1b infected pts is similarly effective and safe as in those with failure to previous PegIFN+RBV dual therapy or no therapy, even in the presence of cirrhosis. These findings might be of particular interest in settings where alternative therapies for such pts are not available or not affordable. **Keywords:** dasabuvir, hepatitis C virus, protease inhibitor, ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, cirrhosis.

#### 75 BASELINE CHARACTERISTICS AND THE IMPACT OF IFN-CONTAINING TREATMENT ON HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE, WORK RELATED PRODUCTIVITY AND ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND HEALTH CARE UTILIZATION OF PATIENTS WITH CHRONIC HCV INFECTION-HUNGARIAN COUNTRY-SPECIFIC INTERIM ANALYSIS

Hunyady B.<sup>1</sup>, Bányai T.<sup>2</sup>, Lengyel G.<sup>3</sup>, Makara M.<sup>4</sup>, Pusztay M.<sup>5</sup>, Werling K.<sup>3</sup>, Szabó Z.<sup>6</sup>, Pataki M.<sup>6</sup>, Kaposi Mór Educational Hospital, Kaposvár, Department of Internal Medicine of University, Pécs, Hungary<sup>1</sup>, Pándy Kálmán Hospital, Gyula, Hungary<sup>2</sup>, 2nd Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>3</sup>, Szent István and Szent László Hospital, Budapest, Hungary<sup>4</sup>, Szent János Hospital, Budapest, Hungary<sup>5</sup>, Abbvie Kft, Budapest, Hungary<sup>6</sup>

**Background:** Hepatitis C virus (HCV) infection is a public health problem throughout the World. Chronic Hepatitis C Virus (HCV) infection increases the risk for progressive liver disease, hepatocellular carcinoma and negatively impacts the patient's quality of life. Interferon (IFN) based therapy has been the standard of care for many years yet antiviral therapy of HCV has rapidly evolved

since the introduction of direct acting antivirals. **Methods:** MO-SAIC is an international prospective multicenter observational study that is conducted in 20 countries. Consecutive patients with chronic HCV infection were enrolled and those who initiated an IFN based treatment within 12 weeks of enrollment are prospectively followed for 48 weeks after start of the treatment. The baseline characteristics and the first interim analysis from the Hungarian cohort are reported here. **Results:** A total of 196 patients were enrolled of which 95 (48.5 %) were treatment naïve and 101 (51.5 %) were treatment experienced. The mean age was 54.6 years; 91 (46.4%) were male. HCV genotype distribution was 120 (93.8%) GT1, 8 (6.3%) GT3; genotype status was unknown for 68 patients. 63 (36.2%) patients had minimal or no fibrosis, 20 (11.5%) patients had portal fibrosis, 26 (14.9%) patients had bridging fibrosis and 65 (37.4%) cirrhosis. For 22 patients fibrosis stage was unknown. The treatment experienced sub-group presented in average more advanced stages of fibrosis compared with the treatment naïve sub-group. 105 from the 196 patients started the treatment prior to or on the date of second interim report. The main reason for not starting antiviral treatment were waiting for future IFN-free treatment options (27 patients (28.7%)) and contraindication to IFN (9 patients (9.6%)) recommended by physicians. **Conclusion:** The baseline results of this observational study describe the demographics and disease characteristics of a large cohort of patients living with chronic hepatitis C infection in Hungary.

#### 76 EFFECTIVENESS AND SAFETY OF ESWL ON DIFFICULT COMMON BILE DUCT STONES - REPORT OF EXPERIENCES AFTER 2 YEARS

Igaz I.<sup>1</sup>, Theisz J.<sup>1</sup>, Tóth L.<sup>1</sup>, Topa L.<sup>1</sup>, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Gasztróenterológia Profil<sup>1</sup>

**Background** Endoscopic extraction of common bile duct (CBD) stones with balloon or basket catheters after sphincterotomy has a success rate up to 90%. Failure usually occurs in patients with large stones, greater than 2 cm. In these cases the extraction of the common bile duct stones is a great challenge for the therapeutic endoscopist. **Objective** In our single-center, retrospective study, we evaluated the effectiveness and safety of extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) in fragmentation and clearance of difficult CBD stones. **Patients** All of the consecutive patients who underwent ESWL because of difficult CBD stones in 2014 and 2015 were included in our study. **Interventions** ESWL with Dornier Compact Delta II. Stone targeting was performed by ultrasonography. **Results** 88 patients with difficult CBD stones were treated. The average number of ESWL sessions was 4,45. Total clearance (successful stone extraction with ERCP) was achieved in 43 patients (48,8 %). Partial clearance (the stones were fragmented, but couldn't be extracted after 5 sessions) was achieved in 38 patients (43,2 %), 3 patients developed cholangitis during this period. In 7 patients the therapy was interrupted due to intervening illnesses or lack of compliance. **Conclusions** Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) may be an effective and safe treatment option for difficult bile duct stones.

#### 77 AUDIT: MANAGEMENT OF PANCREATIC CANCER IN HUNGARY

Illés D.<sup>1</sup>, Erdős K.<sup>1</sup>, Iványi E.<sup>1</sup>, Zsóri G.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, ifj. Farkas G.<sup>2</sup>, Kahán Z.<sup>3</sup>, Vincze Á.<sup>4</sup>, Czimmer J.<sup>4</sup>, Pár G.<sup>4</sup>, Sarlós P.<sup>4</sup>, Kelemen D.<sup>5</sup>, Papp R.<sup>5</sup>, Izbéki F.<sup>6</sup>, Halász A.<sup>6</sup>, Papp M.<sup>7</sup>, Kovács G.<sup>7</sup>, Szűcs Á.<sup>8</sup>, Marjai T.<sup>8</sup>, Szmola R.<sup>9</sup>, Novák J.<sup>10</sup>, Szentkereszty Z.<sup>11</sup>, Csiszko A.<sup>11</sup>, Varga M.<sup>12</sup>, Hegyi P.<sup>13,14</sup>, Czákó L.<sup>1</sup>, SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged<sup>1</sup>, SZTE Sebészeti Klinika, Szeged<sup>2</sup>, SZTE Onkoterápiás Klinika, Szeged<sup>3</sup>, PTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs<sup>4</sup>, PTE Sebészeti Klinika, Pécs<sup>5</sup>, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár<sup>6</sup>, DE KK II. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>7</sup>, SE I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest<sup>8</sup>, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>9</sup>, Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Gyula<sup>10</sup>, DE KK Sebészeti Intézet, Debrecen<sup>11</sup>, Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet, Békéscsaba<sup>12</sup>, PTE Transzlációs Medicina

Intézet és I. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>13</sup>, MTA-SZTE Lendület Gasztroenterológiai Multidiszciplináris Kutatócsoport<sup>14</sup>

**Introduction:** The mortality of pancreatic cancer (PaC) in Hungary is the highest in Europe because of the rapid progression and the late detection of the disease. Although there are up-to-date guidelines, it seems that the absence of an integrated management can be partly responsible for the poor data. **Aim:** Audit of the management protocol of PaC in Hungarian hospitals based on the data of Hungarian Pancreas Register (HPR). **Methods:** The data in our retrospective study were collected from the HPR. 405 cases were evaluated based on the following criteria: duration between the onset of symptoms and diagnosis of cancer, diagnostic modalities used for diagnosis, measuring of tumourmarker CA 19-9, staging, histological examination, oncoteam, surgical intervention, chemotherapy, type of palliation. Data were collected and evaluated by Microsoft Excel. **Results:** 405 cases with PaC (216 male, mean age 66,4±10,6 years) from 11 Hungarian hospitals were studied. The average time between the onset of symptoms and diagnosis of cancer were 57 days. Beside laboratory tests, the first diagnostic tool was transabdominal ultrasound (US) (71%), followed by computer tomography (CT) (21%) and endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP) (4%). As second diagnostical step, ERCP (42%), abdominal CT (36%), magnetic resonancey (MR) (5%) or endoscopic ultrasound (EUS) (5%) was made. CA 19-9 measurement in 91%, staging in 98% of PaC patients were done. The management of the patient was directed by oncoteam in 79% of the cases, of them, 43% were suggested to get surgical intervention. By the patients who had surgery without previous oncoteam, the rate of irresectable findings were higher (61% vs. 17%). Only in 38% of the operations happened intraoperative histological examination – the grade of the tumour and the oncological treatment were based on ultrasound-guided percutaneous biopsies in the 42% of cases. If a patient got chemotherapy, it was mainly adjuvant or palliative. Plastic stenting is the most used method to solve biliary obstruction. The rate of primer/secunder percutaneous transhepatic drainage (PTD) is nearly equal. **Conclusions:** Although the management of PaC in Hungary is not integrated at all, but it is parallel to the actual guidelines. Based on the data of HPR, the number of intraoperative biopsies is low similarly to the number of EUS-guided biopsies in inoperative cases. Elevated rate of oncoteam is needed.

78

#### PATIENTS SUFFERING FROM DIARRHOEA PREDOMINANT IRRITABLE BOWEL SYNDROME (IBS-D) HAVE ALTERED COLONIC MUC2 EXPRESSION

Inczei O.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, Ferrier L.<sup>3</sup>, Bálint L.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Theodorou V.<sup>3</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pathology, University of szeged, Hungary<sup>2</sup>, INRA Toxalim, Toulouse, France<sup>3</sup>

**Background:** Intestinal mucosa is covered by a self-produced viscoelastic gel referred to as mucus. Mucus layer is highly dynamic, allowing nutrient access to the epithelium, acting as a niche for commensal bacteria while confining pathogens into the lumen. Mucus actively participates to the intestinal barrier function. From a structural point of view, mucus is mainly composed of mucins either secreted by – or anchored at the apical surface of – epithelial goblet cells. Mucins are secreted as multimers, composed of monomers of core protein, named apomucin, modified by an abundant post-transductional glycosylation, which confers gel-forming ability to the glycoproteins. Human Muc2 is the main secreted mucin in the intestine. It is well established that impairment of the intestinal barrier function is a key feature of IBS (Irritable bowel syndrome) pathophysiology. Meanwhile a huge body of literature extensively describes the alterations of intestinal epithelium and local immune system, little is known about specific regulations targeting mucus. Mucus thickness is markedly reduced in ulcerative colitis, associated with goblet cell depletion, diminished muc2 expression, and increased penetration of bacteria into the inner mucus layer. Besides these data

depicted in IBD, mucus has not been yet studied in human IBS, meanwhile animal experiments show that chronic stress can alter mucus permeability in rodents. **Methods:** 6 control patients (3 male/3 female, age 48.6 ± 6.32 years) and 14 IBS-D patients (8 male/6 female, age: 48.2 ± 2.49 years) were recruited. All the patients went through a colonoscopy, biopsies were taken from the sigmoid colon. Immunohistochemistry was performed to visualise muc2 mucosal expression. Microscopic analysis and quantification was made by counting muc2 positive epithelial cells in relation to total epithelial cell count. **Results:** Colonic mucosal muc2 expression is significantly higher in IBS-D patients compared to the controls. (0.34 ± 0.009 vs. 0.42 ± 0.018, p=0,01) **Conclusion:** This first study analyzing the role of the colonic mucus in IBS pathophysiology shows an alteration in the mucus core protein expression in IBS- D. Further studies will be performed to examine the effect of this elevated expression in the mucus permeability. This work was found by OTKA 116370.

79

#### THE ROLE OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS OF PANCREATIC CYSTIC LESIONS

Ivány E.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Zsóri G.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>, First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>1</sup>

**Introduction:** There is an increase in the discovery of pancreatic cystic lesions (PCL) due to spreading usage of imaging techniques. Endoscopic ultrasonography (EUS) is one of the available modalities which can help to distinguish between malignant and benign lesions. Worrisome features and high-risk stigmata have been established to help to risk-stratify diagnosed PCLs. **Aim:** To assess the diagnostic accuracy of EUS in the differential diagnosis of PCLs. **Methods:** We collected retrospective data of those patients with PCL who underwent EUS or EUS FNA at our department from 2014 until nowadays. Presence of worrisome features and high-risk stigmata, carcinoembryonic antigen levels measured from the fluid collected from the cystic lesion were compared to final diagnosis and follow-up. **Results:** 60 patients, 26 male and 34 female underwent EUS. Average age was 65,4 ± 11,7 years. 67 PCLs were identified, in 26 cases the lesion was found in the head of the pancreas. 28,1 mm ± 22,2 mm was the average cyst size. Most of the worrisome features and high-risk stigmata were recognized through EUS examinations. The most common features were lymphadenomegaly (n=14) and cyst size bigger than 3 cm (n=15). 31 patients (51,6%) went through EUS FNA. Diagnostic cytology results were found in 25 cases. The more of worrisome features were presented the likelihood of endoscopic or surgical intervention increased. Most of the patients needed only close follow-up (n=16), endoscopic cystogastrotomy and surgical intervention were equally represented (n=8 in both group). **Discussion:** EUS is an important technique in the diagnosis of PCLs. The evaluation of PCLs needs multidisciplinary approach.

80

#### MITTAL-CLASSIFICATION: A PROPOSED CLASSIFICATION FOR UNIFORM ENDOSCOPIC DESCRIPTION OF SURGICAL FUNDOPLICATION

Juhász Á.<sup>1</sup>, Mittal S.<sup>2</sup>, Dept. of General-, Vascular- and Plastic Surgery, Markusovszky University Teaching Hospital, Szombathely<sup>1</sup>, Dept. of Surgery, Creighton University Medical Center, Omaha, Nebraska, USA<sup>2</sup>

**Background:** Objective assessment of post-fundoplication anatomy is of utmost importance especially if re-operative intervention is being planned. There is a lack of uniformity in the description of endoscopic findings in these patients. The aim of this study is to propose a classification for standardized endoscopic reporting of post-fundoplication anatomy. **Methods:** After institutional review board approval pre-operative endoscopic findings of patients who underwent re-operative intervention in Medical Center of Creighton University (Omaha, NE, USA) from 1992-2011 were reviewed and classified. The classification included 4 factors- namely E (distance of GEJ to crus), S (amount of

gastric tissue between the GEJ and fundoplication), F (fundoplication configuration) and P (para-esophageal hernia). **Results:** The endoscopic findings of 310 patients who underwent re-operative anti-reflux surgery were classified using the newly proposed classification model. A significant increase in the number of procedures was noted over the years; however, there was no change in presenting symptoms and patterns of failure. The classification model was easily applicable to previous endoscopy reports. There was good symptom association with our classification model. **Discussion:** An endoscopic anatomical classification (called Mittal-classification) is proposed for description of failed fundoplication. With this classification we hope to fill the gap in developing a uniform classification of failed fundoplications.

### 81 PARALLEL ANALYSIS OF LONG NON-CODING RNA EXPRESSION AND THE EPIGENETIC REGULATORY SYSTEM IN THE COLORECTAL ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE

Kalmár A.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>1</sup>, Galamb O.<sup>2</sup>, Wichmann B.<sup>2</sup>, Barták B.<sup>1</sup>, Patai Á. V.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, 2nd Dept of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary<sup>2</sup>

**Background:** Long non-coding RNAs (lncRNA) play role in colorectal cancer (CRC) development, however, lncRNA expression profile in CRC and its relation to the epigenetic regulatory system still remain incomplete. **Aims:** We aimed the whole genomic lncRNA expression profiling with epigenetic analyses of CRC development in order to explore the underlying mechanisms of aberrantly expressed lncRNAs. **Materials & methods:** lncRNA expression levels were analyzed on 60 colonic biopsy samples (20 CRCs, 20 adenomas, 20 normals) by Human Transcriptome Array (HTA) 2.0. Expression of certain candidates was verified in silico on HGU133Plus 2.0 array data and also by qRT-PCR. DNA methylation status of lncRNA promoter regions was studied by methyl-capture sequencing. miRNA targets of lncRNAs were predicted with miRCODE and miRNA expression was analysed using miRNA 3.0 Array. In the respective regulatory networks, mRNA expression changes were also evaluated. **Results:** According to HTA results in adenomas 12 lncRNAs (e.g. LINC00278) were upregulated and 6 lncRNAs (e.g. RP11.747D18.1) were downregulated compared to normals, while in CRCs 1 lncRNA (UCA1) was overexpressed and 8 lncRNAs (e.g. LINC00350) were underexpressed compared to adenomas ( $p < 0.05$ ;  $-2 \geq F_c \geq 2$ ). In CRC samples 8 lncRNAs (e.g. AC123023.1) were overexpressed and 11 lncRNAs (e.g. RP13-497K6.1) were downregulated compared to normals. 42% of lncRNAs upregulated in CRC samples showed elevated expression ( $p < 0.05$ ) already in adenomas (e.g. upregulated CCAT1, downregulated LINC01133). Promoter DNA methylation showed inverse relation with certain lncRNA expression along CRC formation (e.g. CCAT1). In line with aberrant expression of certain lncRNAs in tumors, miRNA and mRNA targets' expression showed systematic alterations, e.g. UCA1 upregulation in CRC samples in parallel with miR-1 downregulation accompanied by MET target mRNA overexpression ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The defined lncRNA sets may have regulatory role in adenoma development and in tumor cell growth pathways. The underlying DNA methylation changes and miRNA-mRNA target expression alterations could be detected by whole genomic technologies. Candidate lncRNA sets can be further investigated as early diagnostic biomarkers and as potential therapeutic targets for CRC. This study was funded by KMR\_12-1-2012-0216 and OTKA-K111743 grants.

### 82 ULTIMUM REFUGIUM- HEMOSPRAYVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK AZ MH EK GASZTROENTEROLÓGAI SZAKRENDELÉSÉN

Kanyó B.<sup>1</sup>, Lippai G.<sup>1</sup>, Kalász G.<sup>1</sup>, Nádás B.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>2</sup>, MH Egészségügyi Központ GE Szakrendelés<sup>1</sup>, MH Egészségügyi Központ GE Osztály<sup>2</sup>

A gasztrointesztinalis vérzések a sürgősséggel végzett endoszkópos vizsgálatok leggyakoribb indikációi. Ezen vérzések mortalitása jelentős, kb. 10 %. Az elmúlt években az endoszkópos vérzéscsillapítási eljárások terén folyamatos fejlődés tapasztalható. Ezek közül kiemelnénk a hemosprayt, mely ásványi anyagok keveréke, és vérzéscsillapításra alkalmas. Az endoszkóp csatornáján bevezetett katéteren át a port a vérző laesiora juttatva, az érintkezik a vérrrel, abszorbeálja a vizet, mechanikus barriert kialakítva a vérzés helyén, ezáltal kedvező körülményeket teremtve a vérárvadásnak. **Módszer:** 2014. novembere óta áll rendelkezésünkre a hemospray. Retrospektíve elemeztük 2014. november 01. és 2016. március 01. között végzett nem varix eredetű felső gasztrointesztinalis vérzések endoszkópos ellátását, kiemelve azon eseteket, amikor hemosprayt használtunk. **Eredmények:** Összesen 591 beteg adatait elemeztük. 11 esetben alkalmaztunk hemosprayt, 10 betegben a megelőző endoszkópos terápia eredménytelen volt, 1 betegnél első lépésként döntöttünk a használat mellett. 11 beteg közül 1 esetben jelentkezett újravérzés, opusra volt szükség, 10 esetben a vérzés megállt, sikerült a primer haemostasist helyreállítani. **Összefoglalás:** A hemospray alkalmazása biztonságos, és hatékony. Eseteink jelentős részében egyéb vérzéscsillapító eljárással nem uszaltó vérzéseket sikerült megoldanunk a hemospray alkalmazásával.

### 83 KLATSKIN TUMOROS BETEGÜNK ESETE – EGY SIKERESEN KEZELT VAGY VISZONYLAG BENIGNUS KÓRFORMA

Káposztás Z.<sup>1</sup>, Szabó E.<sup>2</sup>, Szmola R.<sup>2</sup>, Dubóczki Z.<sup>2</sup>, Oláh T.<sup>1</sup>, Pap Á.<sup>1</sup>, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház<sup>1</sup>, Országos Onkológiai Intézet<sup>2</sup>

**Bevezetés** A Klatskin tumor ritka megbetegedés, az icterusos betegek szerencsés esetben centrumokba kerülnek, ahol rendelkezésre áll a diagnosztika és terápia teljes arsenálja. A döntés sok esetben nem könnyű. A leghatásosabb kezelés a sebészeti eltávolítás. Igazán hatásos kemoterápiás kezelés jelenleg nem ismert. K-ras vad típusú betegknél trial keretein belül vizsgáltak a cetuximab előnyeit, változó kimenetellel. **Beteganyag, módszer** Betegünk, a diagnóziskor 55 éves jó általános állapotú nőbeteg icterus miatt került kórházba 2012. októberben. Anamnézisében elő tumor miatti műtét és kezelés szerepel és cholecystectomy. CT vizsgálat a bal lebenyben epeút tágulatot és 3 cm-es hypodenzitást a májkapuban igazolt. Máj MR 6x3 cm-es hiláris tumort mutatott a bal lebenyre terjedve. OOI-be kerülve Bismuth IV. Klatskin tumort igazolt az ERCP, mely bal oldalon teljesen elzárta a ductus hepaticust magasra terjedve, a jobb oldalon is homokóraszerűen szűkítette a főágot, a cystikust is magába foglalva. A hepaticus tág volt, lumenében exophyticus tumor. A kefecytológia pozitív volt, K-ras vad típust mutatott a jobb oldalról szerzett minta. Részlegesen fedett, 8 cm hosszú fémstent került a jobb hepaticusba, majd cetuximab, Gemzar, Meloda kezelés indult 2013 elején a kiterjedt tumor miatt. CT és MR vizsgálatok mindvégig stabil betegséget mutattak, epeúti tágulattal a bal oldalon és a hiláris tumorról, távoli terjedés nélkül. 2015. márciusban cholangitis miatt a benőtt stent átfúrása és plasztik stent behelyezése történt más intézetben, melyet 10 cm-es fémstentre cseréltek az OOI-ban. A beteg a kemoterápiát egyre rosszabb tolerálta, műtéti elbírálást kért. ERCP során a papilla körüli hyperplasiából vett minta és a stent felső szélének kefecytológiája a jobb ágból tumort nem igazolt. Bal hepaticus tumorosan elzárt maradt. Mindezek miatt onkoteamer követően kiterjesztett bal hepatectomiát végeztünk 2015.10.19-én úgy, hogy a stent mentén resecáltuk az epeutat és a májat. A szélek tumormentesek voltak, mind a máj, mind az epeút tekintetében és a környékbeli nyirokcsomókban sem volt tumor. A rezekátum szövettana: intraductalis, papillaris adenocarcinoma, low grade. A beteg több mint fél éve jól van, recidíva mentes. **Összefoglalás** A hosszú idejű túlélés már önmagában említésre méltó kiterjedt Klatskin tumornál. Alapul véve a Mayo protocol sikeres alkalmazását transzplantáció előtt, neoadjuvans kezelésként tekinthetünk az előkezelésre. Spekulációnk szerint mind a komplex kemoterápia, mind a nitinol alapú fémstent helyi hatása hozzájárulhatott a daganat jobb epeútból való

viSSzahúzódásához, és a betegség stabilizálódásához a bal lebenyben, mely lehetővé tette az R0 reszekciót.

84

#### **EOSINOPHIL COLITIS – CHANGES IN INFLAMMATION RELATED MICRORNA-S IN THE COLONIC MUCOSA OF PEDIATRIC PATIENTS**

Kiss Z.<sup>1</sup>, Béres N.<sup>1</sup>, Szicsz E.<sup>2</sup>, Vannay Á.<sup>2</sup>, Arató A.<sup>1</sup>, Müller K.<sup>1</sup>, Cseh Á.<sup>1</sup>, Szabó A.<sup>1</sup>, Veres G.<sup>1</sup>, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, MTA-SE Pediatrics and Nephrology Research Group, Budapest, Hungary<sup>2</sup>

**Background and aims:** Allergic/eosinophilic colitis (EC) is a common cause of haematochezia in infants and young children. According to the current hypothesis it is a non-IgE type hypersensitivity reaction against unknown food allergens, but the pathomechanism is not well understood. Non-invasive tests are not available, and the diagnosis can be difficult in severe cases having overlapping features with Crohn's disease (CD). Our aim was to test whether a set of microRNAs (miRs) having major roles in the posttranscriptional regulation in pediatric CD (miR-20a, -21, -31, -126, -146a, -184, -150-99b, -221, -223) are dysregulated also in EC, to find potential biomarkers. The secondary aim was to analyze the expression of different miRs suggested to be relevant in eosinophilic esophagitis (EoE) to assess the similarities in the epigenetic factors of these two eosinophil-associated gastrointestinal diseases. **Patients and methods:** RT- qPCR was carried out on fresh-frozen biopsy specimen from young children with EC (n=14) and control patients (n=10). In silico analysis was used to compare the results with publicly available miR profile data of pediatric CD and EoE patients and to retrieve potential miR-target interactions. **Results:** Expression of miR-20a, -21, -31, 99b, 146a, -184, -221, and -223 was elevated in the colonic mucosa of children with EC compared to controls. However the expression of miR-150, -125a, and -142 showed decreased expression in the EC group compared to controls. Comparing the above miR expression profile to that of CD we found that the expression changes of miR-20a, -125a, -126, and -142, were the opposite in EC than measured in CD. Amongst the previously reported miRs in EoE miR- 20a, -21, -223, -221 expression changes were similar in EC, whereas miR-126 and -142 showed differences in EC patients compared to EoE. Bioinformatics analysis of EC-related miR-target interactions revealed functional groups connected to inflammation, leukocyte activation, leukocyte trafficking and the regulation of apoptosis. **Conclusion:** Our results show a characteristic difference between the miR expression of EC and CD. Differentially dysregulated miRs in EC and CD may serve as early potential biomarkers in severe form of EC. The overlapping miR pattern with EoE suggests similar epigenetic elements in the pathomechanism of these two EGD-s.

85

#### **EXPERIENCE GAINED FROM A MULTICENTRE SURVEY ON CELIAC DISEASE AND NON-CELIAC GLUTEN SENSITIVITY IN OUTPATIENTS' COHORTS OF FOUR HUNGARIAN GASTROENTEROLOGY AND ONE DIETETIC REFERRAL CENTRES**

Kocsis D.<sup>1</sup>, Bajor J.<sup>2</sup>, Papp M.<sup>3</sup>, Lénárt Z.<sup>4</sup>, Pálfi E.<sup>5</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Patai Á.<sup>1</sup>, Herszényi L.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>1</sup>, Juhász M.<sup>1</sup>, Semmelweis University 2nd Department of Internal Medicine, Budapest<sup>1</sup>, University of Pécs 1st Department of Internal Medicine, Pécs<sup>2</sup>, University of Debrecen 2nd Department of Internal Medicine, Debrecen<sup>3</sup>, University of Szeged 2nd Department of Internal Medicine, Szeged<sup>4</sup>, Semmelweis University Faculty of Health Sciences, Dietetics and Nutrition Sciences, Budapest<sup>5</sup>

**Introduction:** Recently, the worldwide observation of increasing number of patients being sensitive to dietary gluten without evidence of celiac disease (CeD) has contributed to the identification of a new gluten-related syndrome defined as non-celiac gluten sensitivity (NCGS). **Aims & Methods:** Aims of our survey were to define the prevalence and clinical characteristics of this new entity in outpatients' cohorts of four Hungarian gastroenterology and one dietetic referral centres. From October 2014 to November

2015, four Hungarian adult gastroenterology and one dietetic centres participated in this prospective survey. A structured questionnaire was used to allow uniform and accurate collection of clinical data. **Results:** 822 patients with gastrointestinal symptoms filled the questionnaire; 299 (37%) patients indicated that they have symptoms related to gluten intake; 61/299 patients proved to have CeD, and in 238/299 suspicion of NCGS was raised (46 males, mean age: 41 years, range 21–83 years). In suspected NCGS patients, clinical picture was characterized by the combination of gastrointestinal (58% abdominal pain, 81% bloating, 44% diarrhea, 39% constipation, 12% nausea, 52% epigastric pain, 45% reflux) and systemic manifestations (63% tiredness, 50% headache, 47% joint pain, 30% muscle pain, 29% leg/arm numbness, 47% foggy mind, 11% dermatitis or skin rash, 28% depression, 39% anxiety). Distribution of frequency of these symptoms in relationship with gluten ingestion was: 28% always, 27% often and 45% occasionally. The interval between gluten ingestion and the appearance of symptoms were: 46% within 6 hours, 36% 6-24 hours, 18% after 24 hours. The associated disorders were: 12% autoimmune diseases, 10% irritable bowel syndrome, 11% food intolerance. The 96/238 patients adhere gluten free diet. **Conclusion:** In this prospective study 238/822 (28%) of patients reported gastrointestinal and/or systemic symptoms related to gluten intake, without evidence of CeD thereby raising the possible existence of NCGS requiring further investigations.

86

#### **DRIVER MUTATIONS IN COLORECTAL - PANCREATIC - AND GASTRIC CANCERS: ANALYSIS OF 375 CASES AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS**

Kohánka A.<sup>1</sup>, Bodoky G.<sup>2</sup>, Kopper L.<sup>3</sup>, Peták I.<sup>1</sup>, Schwab R.<sup>1</sup>, Oncompass Medicine Corp.<sup>1</sup>, St Laszlo & Istvan Hospital and Semmelweis University<sup>2</sup>, 1st Department of Pathology<sup>3</sup>

**Background:** Completion of the cancer genome mapping and the increasing amount of information available of the correlation of treatment success with the driver oncogenic mutation status of the patients are revolutionizing target therapy options. The original approach of selecting patients with single gene tests for biological therapies is now replaced by deep genomic sequencing of tumor samples and consecutive treatment planning based on the "causative" driver mutations of cancer. **Methods:** We have analyzed the tumor samples of 375 GI carcinomas patients. Sanger and Next Generation Sequencing (NGS) methods were used to assess a set of 58 oncological driver mutations and polymorphisms. In addition Fluorescent In Situ Hybridization (FISH) was used to detect amplifications or translocations of 8 different genes. **Results:** A total of 219 mutations were detected in the 242 mCRC samples (90,50%). The most frequent mutations were in TP53 (50,82%), KRAS (48,35%), APC (39,67%), PIK3CA (15,29%), BRAF (9,50%), SMAD4 (9,50%), MET (7,44%). A total of 89 mutations were detected in the 95 metastatic pancreatic cancer samples. The most frequent mutations were in KRAS (80,00%), TP53 (51,57%), SMAD4 (16,84%), APC (9,47%). A total of 29 mutations were detected in the 38 metastatic gastric cancer samples. The most frequent mutations were in TP53 (31,25%), KRAS (25%), APC (10,52%), PIK3CA (9,37%), PTEN (9,37%). Clinically actionable mutations associated with potential targeted treatment were shown in 337 cases of all 375 samples (89,87%) of the above mentioned three types cancer. **Conclusion:** Our data evidence that driver mutation analysis is an effective and clinically meaningful tool to assess targeted onco-therapies for patients.

87

#### **MAJOR ESOPHAGEAL CHALLENGES**

Kotsis L.<sup>1</sup>, Országos Korányi Tbc És Pulmonológiai Intézet, Mellkasszészet<sup>1</sup>

**Objectives.** Some unusual esophageal or diaphragmatic emergencies create major surgical challenges. The aim of this study is to present original treatment modalities in such particular diseases. **Material and methods.** In a 6 week-old empyema of a diabetic patient, due to iatrogenic esophageal injury, Urschel- Ergin



type temporary esophageal exclusion with tube thoracostomy was useful. In a 15 cm long, 9-day old intrathoracic tear, decortication, suture and Urschel-type esophageal diversion was used. In a right-sided spontaneous esophageal rupture, 2 days after left pneumonectomy and vomiting, to avoid contamination of the left thoracic cavity, transhiatal primary repair with drainage and gastrostomy was done. Left side gastrothorax and shock developed in a young woman after strangulation of a Bochdalek type diaphragmatic hernia. Emergent left thoracotomy was useful to avoid gastric necrosis and for hernia repair. **Results.** All operations proved to be useful, but one patient was lost 2 weeks later due to a „kissing” duodenal ulcer. **Conclusion.** In some special instances, when conventional surgical approaches or methods are contraindicated, the new alternative procedures may be considered the best options.

## 88 SZEROLÓGIAI MARKEREK JELENTŐSÉGE COLITIS ULCEROSA KÖRLEFOLYÁSÁBAN

Kovács G.<sup>1</sup>, Sipéki N.<sup>1</sup>, Palatka K.<sup>1</sup>, Altorjay I.<sup>1</sup>, Fechner K.<sup>2</sup>, Norman G.<sup>3</sup>, Shums Z.<sup>3</sup>, Veres G.<sup>4</sup>, Lakatos P.<sup>5</sup>, Papp M.<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gastroenterológiai Tanszék<sup>1</sup>, Institute of Experimental Immunology, Euroimmun AG, Luebeck, Germany<sup>2</sup>, Inova Diagnostics, Inc., San Diego, CA<sup>3</sup>, Semmelweis Egyetem, I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest<sup>4</sup>, Semmelweis Egyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>5</sup>

**Célküszölések:** A szerológiai markerek jelentősége a colitis ulcerosa (UC) körlefolyásában kevésbé ismert. Célul tűztük ki, hogy UC betegekben prospektív vizsgálatban határozzuk meg a szerológiai antitestek jelentőségét a betegség lefolyásában. **Betegés és módszerek:** A vizsgálatba 187 beteget vontunk be (férfi: 46,0%, életkor: 40 év, extenzív colitis: 33,3%). A különféle IgA/IgG típusú antitest meghatározásokat szérumbintákból végeztük (anti-neutrofil citoplazmatikus [ANCA] és anti-laktóferin [aLFS] antitestek, valamint kehelysejt és pankréás acinus sejt ellenes [PAB: anti-GP2 és anti-CUZD1] antitestek) indirekt immunfluoreszcens módszerrel, míg az anti-mikrobiális antitesteket (ASCA IgG/IgA és anti-OMPPlusTM IgA) enzimhez kapcsolt immunszorbens vizsgálattal. A betegség fenotípusát, aktivitását, és lefolyását a diagnózis felállításától prospektív módon követtük (medián követés: 104 hónap). **Eredmények:** Az IgA/IgG típusú pANCA, aLFS és kehelysejt ellenes antitestek előfordulása az UC betegekben 73,6%, 62,4% és 11,2% volt. Mindkét típusú PAB a betegek 9%-ban, míg az ASCA 17,7%-ban és az anti-OMP pedig 19,8%-ban fordult elő. A szerológiai antitestek jelenléte nem mutatott összefüggést a betegség életkorával, nemével illetőleg a betegség kiterjedésével. Az aktuális betegségaktivitás sem befolyásolta és a betegség lefolyása során is stabilak maradtak. Bizonyos szerológia antitestek jelenléte esetén azonban a különféle extraintesztinális manifesztációk ritkábban fordultak elő. A követés során a betegség aktivitása miatt a betegek 34,2%-ában volt szükség kórházi felvételre, míg colectomiára 3,7%-ban. A betegségaktivitás miatti hospitalizáció előrejelzésében az extenzív colitis és a férfi nem bizonyultak kockázati tényezőnek (HR[95%CI]: 1,8 [1,09-2,95] és 6,7 [1,6-27,9]), a szerológiai antitestek azonban nem. Ugyanakkor az IgA típusú ASCA és az anti-CUZD1 antitestek jelenléte kapcsolatot mutatott a tartós immunszuppresszív kezelés szükségességének bevezetési idejével (pLogRank<0,01, Kaplan-Meier analízis). Az életkort, nemet, és a betegség kiterjedését is tartalmazó többváltozós Cox-regressziós analízisben a szerológiai antitestek közül csak az ASCA IgA pozitívitás bizonyult független kockázati tényezőnek (HR:2,74, 95%CI:1,46-5,14, p<0,01). **Következtetések:** A UC-ben a szerológiai antitesteknek körlefolyás előrejelzésében csak korlátozott szerepük van.

## 89 VÉKONYBÉL KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA CROHN-BETEGSÉGBEN

Kovács M.<sup>1</sup>, Darvas E.<sup>1</sup>, Szilvás Á.<sup>1</sup>, Székely G.<sup>1</sup>, I.sz. Belgyógyászati-gastroenterológiai osztály, Szent János és észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest<sup>1</sup>

**Bevezetés:** M. Crohn esetén a betegek 75%-ban vannak a vékonybélben nyálkahártya elváltozások és a betegség az esetek mintegy 25-30%-ban csak a vékonybélre lokalizálódik. A vékonybél kapszulás endoszkópia minden más képalkotó technikánál beleértve a CT- és MR-enterographiát is - szenzitívebb módszer, mivel alkalmas a mucosa eltérések korai detektálására. Jelenleg vékonybélre lokalizálódó betegség esetében az ileocolonoscopia és a kapszulás endoszkópia képezi a diagnosztika és terápia alapját. **Módszerek:** Osztályunkon 2011-től 2015 decemberéig 122 kapszulás endoszkópos vizsgálat történt obstrukív vérség indikációval. A vizsgálatokat Given Imaging videokapszulás endoszkóppal végeztük. Jelen munkánkban retrospektíve azokat az eseteket vizsgáltuk, melyekben Crohn-betegség került diagnosztizálásra. **Eredmények:** 9 obstrukív vérség betegnél igazolódott a vékonybélre lokalizálódó M. Crohn. A vizsgálatokat megelőző colonoscopiák során egyetlen esetben sem történt meg a terminális ileum endoszkópos intubációja. Minden betegnél a kapszulás endoszkópiát követően gyógyszeres terápia módosítás történt jó effektussal. A vizsgálatok során differenciál diagnosztikai nehézséget jelentett az NSAID okozta vékonybél károsodások, az urémiás enteropathia és vékonybél lymphoma. **Következtetések:** Obstrukív vérségben törekedni kell a colonoscopia során a vékonybél intubációjára. Vékonybélre lokalizálódó M. Crohn esetén a kapszulás endoszkópia terápiai impaktja igen magas.

## 90 VÉKONYBÉL TUMOROK A KAPSZULÁS VIZSGÁLATOK „TÜKRÉBEN”!

Kovács V.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Kiss G.<sup>1</sup>, Csala G.<sup>1</sup>, Regőczy H.<sup>1</sup>, Varga S.<sup>2</sup>, Rácz I.<sup>1</sup>, I. Belgyógyászati-Gastroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr<sup>1</sup>, Patológiai Osztály, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr<sup>2</sup>

**Bevezetés:** A vékonybél tumorok (VT) ritka betegségek, az összes malignus tumor kb. 0,5%-a és a gasztrointesztinális daganaatok mintegy 5% vékonybél eredetű. A VT-k egyharmada jóindulatú polypoid elváltozás. A malignus VT-k többsége adenocarcinoma vagy neuroendokrin eredetű tumor. A VT-k hosszú ideig tünetmentesek és csupán occult gasztrointesztinális vérséget okozhatnak. A VT-k diagnosztikájában a vékonybél kapszulás endoszkópia (CE) szenzitivitása a legnagyobb. Az 1 cm-nél nagyobb VT-eket a CE kb. 90%-ban detektálja, ami meghaladja mind a CT enterographia, mind az MR enterographia diagnosztikus érzékenységét. **Betegés és módszer:** Feldolgozásunkban 279 vékonybél CE vizsgálatunk adatait tekintettük át azzal a céllal, hogy a vékonybél tumorok, polypok előfordulási gyakoriságát retrospektíven felmérjük. Az összes vizsgálatot obstrukív gasztrointesztinális vérség miatt végeztük Covidien Medtronic SB2 majd SB3 kapszulával. A vizsgálati előkészítések protokoll szerint 3-4 l polyethylen-glycol oldattal történtek. **Eredmények:** A teljes vizsgálati anyagban összesen az esetek 10,4%-ban (29/279) észleltünk polypoid és/vagy tumoros elváltozást. Észleléseinket vagy enteroscopiával vagy műtéti eredménnyel és szövettani vizsgálattal vetettük össze. Vékonybél CE-vel a vizsgálatok 6,6%-ban (18 eset) benignus elváltozást, 3,9%-ban (11 eset) malignus elváltozást igazoltunk. A VT-os és/vagy polypos esetek 38%-ban találtunk malignus elfajulást. A vékonybél CE vizsgálattal malignusnak minősített esetek közül 2 betegben fals pozitív megítélés történt (egyik esetben súlyos ischaemiás bélfal necrosis okozta a stenosis, a másik esetben benignus GIST került végül kimutatásra). A benignus laesiók közül kiemeljük két Peutz-Jeghers syndromás betegünket, akiket időszakosan követünk CE-vel is, továbbá extraintesztinális malignomákat is szűrünk. Familiáris colon polyposis syndromás betegünkben duodenum adenomákat igazoltunk. Összefoglalás: A VT-ok ritka és jellegtelen tünetekkel járó kórképek. Leggyakrabban anaemiát okozó obstrukív gasztrointesztinális vérség miatt kerül sor vékonybél CE-re. A diagnosztikában a CE kulcsszerepet tölt be és szenzitivitása a leképező eljárások közül a legjobb. A CE vizsgálatok számának növekedésével várhatóan párhuzamosan növekszik a kimutatásra kerülő VT-ok aránya is.

91

**EARLY ACHIEVABLE SEVERITY INDEX IN ACUTE PANCREATITIS**

Kui B.<sup>1</sup>, Németh B.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>1,2</sup>, Czimmer J.<sup>3</sup>, Sarlós P.<sup>3</sup>, Bajor J.<sup>3</sup>, Gódi S.<sup>3</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>, Illés A.<sup>3</sup>, Szabó I.<sup>3</sup>, Pár G.<sup>3</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>4</sup>, Hegyi P.<sup>2,3,4</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, First Department of Medicine University of Szeged<sup>1</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs<sup>2</sup>, First Department of Medicine, University of Pécs<sup>3</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged<sup>4</sup>

**Background:** Acute pancreatitis (AP) is one of the most common diseases of the gastrointestinal tract associated with significant morbidity. The assessment of severity is crucial in the management of the disease. Current methods of risk stratification in AP have limited value, as they provide little additional information thus may delay appropriate management. Early recognition of severe disease may prevent serious adverse events and improve patient management as well as overall clinical outcome. The EASY trial is an observational, multicenter, prospective cohort study for establishing a simple clinical scoring system for early prognostication of acute pancreatitis. **Aim:** We aimed to create an easily achievable scoring system, which can predict the severity of AP in early phase of disease. **Materials and methods:** Evaluation of simple attainable potential prognostic parameters obtained at admission (or not later than 6-12 hours afterwards) from patients diagnosed with AP will be performed to assess their potential correlation with the disease severity. Approximately 1200 (900+300) patients from multiple centers will be enrolled into this trial using the Registry. This is an observational prospective cohort study, therefore it has a relatively low-risk. The study is internationally registered and has an ethical approval by the National Hungarian Ethical Authority (ETT TUKÉB). The details of the study can be found at <http://www.pancreas.hu/en/studies/easy> **Results:** There were 355 patients enrolled into the EASY study. 190 patients are checked and ready for statistical analysis. There are 120 males and 70 females. 104 patients drunk alcohol and 57 were smoking. The cause of AP were the following: 30 % biliary, 40 % alcoholic, 4 % hyperlipidaemia, 22 % idiopathic and 4 % rare causes. More than 95 % of patients had abdominal pain, and more than 60 % had nausea and vomiting. The diagnosis of AP were based on the elevated amylase/lipase and the abnormalities of the pancreas on abdominal ultrasound/computer tomography. Pancreatic complications were detected in 25 % of cases in first 24 hours. In all AP cases the IAP/APA guidelines were followed. **Conclusion:** The EASY score system could be the first easy and accurate system to evaluate the early severity of AP at admission. We have to continue the patient collection to reach the required number (around 900 patients) of data. More centres are crucially needed.

92

**PREDICTORS OF LOSS OF RESPONSE TO ADALIMUMAB THERAPY; THE IMPORTANCE OF THERAPEUTIC DRUG MONITORING IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES**

Kürti Z.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>2</sup>, Végh Z.<sup>1</sup>, Gönczi L.<sup>1</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>, Szalay B.<sup>3</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Gecse K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>2</sup>, Department of Laboratory Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>3</sup>

**Aim:** Therapeutic drug monitoring (TDM) measuring drug trough levels (TL) and antidrug antibodies (ADA) may aid therapeutic decision in patients with inflammatory bowel disease (IBD) who loose response to anti-TNF therapy. Our aim was to evaluate the frequency and predictive factors of loss of response (LOR) to adalimumab therapy and the role of the TDM to predict LOR in adalimumab treated IBD patients **Methods:** 74 IBD patients (with 94 TDM measurements, CD/UC 59/15, male/female 32/42, mean age CD/UC: 38/31y, mean duration of adalimumab therapy CD/UC: 147.6/43.7 weeks) were enrolled in this consecutive cohort from two IBD centres in Hungary. Previous and current therapy,

laboratory data and clinical activity at the time of TDM were recorded. Patients were evaluated either at the time of suspected LOR or during follow-up. TDM measurements were done by commercial ELISA (LT, Theradiag, France). **Results:** Among 74 IBD patients, the probability of ADA positivity and low TL (<4.5 µg/mL) was 8.1% and 13.8% in the first year and 11.4% and 28.8% and in the second year after start of adalimumab therapy in Kaplan-Meier analysis. The frequency of previous and current steroid and azathioprine exposure were 95.9%/29.7% and 73.3%/53.3% and previous anti-TNF therapy was present in 74% (in CD 69%, in UC 93.3%) in the IBD cohort. Dose intensification was needed in 38.7% during the study period. The combination of normal TL and no ADA, normal TL and high ADA, low TL and no ADA and low TL and high ADA were observed in 63.5%, 6.8%, 23% and 6.8% at TDM measurement. Predictors of the dose intensification were female gender (p=0.06, HR:2.1), concomitant steroid therapy (p=0.01, HR:2.57) and ADA positivity (p=0.005, HR:3.26) with Cox-regression model (p<0.05). Predictors of LOR were female gender (p=0.004, HR:4.9), dose intensification (p=0.009, HR:3.75) and there was a positive trend for concomitant steroid therapy (p=0.06, HR:2.71) and previous anti-TNF therapy (p=0.15, HR:2.39). Predictors remained unchanged if the 94 TDM episodes were analysed separately. **Conclusions:** Results suggest that ADA development, low TL and need for dose intensification are frequent during adalimumab therapy and support the use of routine TDM in IBD patients. Female gender, concomitant steroid therapy and ADA positivity were predictors of dose intensification, female gender and dose intensification predicted LOR.

93

**UPDATED ANALYSIS OF THE MULTICENTER PROSPECTIVE DATA COLLECTION ON PANCREATIC CANCER BY THE HUNGARIAN PANCREATIC STUDY GROUP.**

Lakatos G.<sup>1</sup>, Balázs A.<sup>2</sup>, Kui B.<sup>2</sup>, Gódi S.<sup>3</sup>, Szűcs Á.<sup>4</sup>, Szentesi A.<sup>2,5</sup>, Szentkereszty Z.<sup>6</sup>, Szmola R.<sup>7</sup>, Kelemen D.<sup>8</sup>, Papp R.<sup>8</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>, Czimmer J.<sup>3</sup>, Izbéki F.<sup>9</sup>, Halász A.<sup>9</sup>, Leindler L.<sup>10</sup>, Farkas G. Jr.<sup>10</sup>, Takács T.<sup>2</sup>, Czákó L.<sup>2</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>11,12</sup>, Kahán Z.<sup>13</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, Department of Oncology, St. Istvan and St. Laszlo Hospital and Out-Patient Department, Budapest<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>2</sup>, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>3</sup>, First Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest<sup>4</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>5</sup>, Institute of Surgery, Clinical Center, University of Debrecen, Debrecen<sup>6</sup>, Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest<sup>7</sup>, Department of Surgery, University of Pécs, Pécs<sup>8</sup>, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár<sup>9</sup>, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged<sup>10</sup>, Institute for Translational Medicine & 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>11</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged<sup>12</sup>, Department of Oncotherapy, University of Szeged, Szeged<sup>13</sup>

**Background and aims:** There is very limited information available about the epidemiology and treatment strategies of pancreatic cancer in Central Europe. The purpose of the study was to prospectively collect and analyze data of pancreatic cancer in the Hungarian population. **Methods:** prospective, uniform data collection was performed organized by The Hungarian pancreatic study Group (HPSG). Altogether 354 patients were enrolled from 14 Hungarian centers. Preliminary data have been provided before. We report final results and an updated analysis on overall survival. **Results:** Chronic pancreatitis was present in 3.7% of the cases, while 33.7% of the patients had diabetes. The reported frequency of smoking and alcohol consumption was lower than expected (28.5% and 27.4%, respectively). Most patients had histologically proven ductal adenocarcinoma (90.7%); the other histological subtypes were rare. Metal stent implantation was performed in 59.2% of the patients receiving biliary stents for jaundice. Enteral or biliary bypass was done in 35 and 49 patients,

respectively. In a multivariate Cox-regression model, smoking status and presence of gemcitabine-based chemotherapy were identified as independent predictors for overall survival. There was no association between gender, tumor stage, location, alcohol consumption, diabetes, presence of lymph node metastasis or BMI and overall survival. **Conclusion:** We report updated data from a large cohort of Hungarian pancreatic cancer patients. We identified smoking status and chemotherapy as independent predictors in this cohort. **Keywords:** pancreatic cancer, Hungarian cohort, chronic pancreatitis, survival

94

#### OCCULT GASTROINTESTINAL BLEEDING DIAGNOSED BY CAPSULE ENDOSCOPY AND TREATED WITH BALLOON ENTEROSCOPY (CASE REPORT)

Lakner L.<sup>1</sup>, Kovács V.<sup>2</sup>, Szalai M.<sup>2</sup>, Rácz I.<sup>2</sup>, Department of Medicine and Gastroenterology, Markusovszky Hospital, Szombathely<sup>1</sup>, Department of Gastroenterology, Petz Aladár County Hospital, Győr<sup>2</sup>

Capsule endoscopy and balloon enteroscopy have an important role from the beginning of the XXI. century in the clinical practice. **Case report:** We present one case with occult gastrointestinal bleeding diagnosed and cured with these methods. The patient had anemia and positive fecal blood test. He has been needed 14 pockets of blood transfusion. Patient was taken aspirin and clopidogrel together because of his anamnestic data about coronary bypass and repeated coronary stent implantation. The cause of anemia could not be verified by esophago-gastro-duodenoscopy and colonoscopy carried out in some hospitals in Transdanubia. We diagnosed a lot of angiodysplasias in the small intestine by capsule endoscopy in the Markusovszky Hospital in Szombathely. Argonplasma coagulation of these lesions was performed by single balloon enteroscopy in the Petz Aladár County Hospital in Győr. Capsule endoscopy and enteroscopic coagulation was repeated after a second anemic episode. Patient has been stabilized and remained in good condition. **Conclusion:** New methods such as capsule endoscopy and balloon enteroscopy are very useful in the diagnose and treatment of small bowel lesions causing occult gastrointestinal bleeding.

95

#### ANALYSING THE EFFECT OF IMIDAZOLINE RECEPTOR LIGANDS ON DSS-INDUCED COLITIS

László S.<sup>1</sup>, Fehér Á.<sup>1</sup>, Tóth V.<sup>1</sup>, Simon J.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Szili D.<sup>1</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Zádori Z.<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvárad tér 4. 1089 Budapest, Hungary<sup>1</sup>

**Introduction.** Both imidazoline receptors (IRs) and their putative endogenous ligands (such as agmatine) have been identified throughout the gastrointestinal (GI) tract, but it is still a matter of debate, whether they have any role in the modulation of GI functions. In the last years it was raised that IRs might be related to sphingosine 1-phosphate (S1P) receptors, which are promising targets in the treatment of inflammatory bowel diseases (IBDs). Hence, in the present study we aimed to analyse the effect of different IR ligands on the development of dextran sulfate sodium (DSS)-induced colitis in mice. **Methods.** The experiments were carried out in female C57BL/6 mice. DSS (2,5 %) was added to the drinking water for 7 days. IR ligands were injected in different doses intraperitoneally, once or twice daily. Results. 1. DSS induced a moderate-to-severe inflammatory reaction in the colon, which was accompanied by bloody diarrhea, weight loss and colon shrinkage. 2. None of the tested IR ligands (moxonidine, rilmenidine, AGN 192403, agmatine, harmaline) altered the DSS-induced inflammation significantly. **Conclusions:** Our results indicate that IR ligands do not have a major impact on the development of DSS-induced colitis. However, further studies with other colitis models are required to completely rule out the role of IRs in the pathomechanism of IBDs.

This work was supported by the Austrian-Hungarian Action Foundation (886u2 project) and by the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA PD 109602).

96

#### HEPATOCELLULAR CARCINOMA (HCC) WITH PORTAL VEIN THROMBOSIS AFTER SUCCESSFUL HCV ERADICATION. REPORT ON TWO CASES

László S.<sup>1</sup>, Folhoffer A.<sup>1</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Krolopp A.<sup>1</sup>, Szalay F.<sup>1</sup>,

**Introduction:** The risk of HCC has been found significantly lower in patients with sustained viral response (SVR) following HCV antiviral treatment. However, recent data show detection HCC in SVR patients. Here we report on two such cases from our unit. **Case 1.:** 60 years old male patient with chronic (genotype 1b) hepatitis C was successfully treated with pegylated interferon alfa2a + ribavirin for 48 weeks. HCV RNA was negative at week 4, 12, 48 as well as EOT+24 week. Transaminase levels, AFP (6 ng/ml) and US were normal during the follow up. Six years after EOT, CT and biopsy proven HCC and portal vein thrombosis was diagnosed in the background of fever of unknown origin (FUO) and abdominal pain. No surgery, ablation therapy or liver transplantation was possible because of size and location of the tumor. The ongoing sorafenib treatment results in a partial oncological response at 5th month. **Case 2.:** 47 years old male patient with HCV chronic hepatitis (genotype 1b) was treated with standard interferon, later pegylated interferon + ribavirin ineffectively. At his age of 54 (fibrosis F4; 21,1 kPa, S2) triple therapy was started with pegylated interferon alpha2a plus ribavirin and with protease inhibitor (telaprevir). HCV RNA became negative at week 12 and remained negative indicating viral elimination (SVR). The US showed the signs of liver cirrhosis without focal lesion and the AFP was normal (6ng/ml). One year later following esophageal variceal bleeding, hepatocellular carcinoma and portal vein thrombosis were detected. AFP (161ng/ml) showed an increase in comparison to former one. Fine needle aspiration cytology proved the HCC. Only sorafenib treatment was applicable resulting partial response. **Discussion:** The presented cases are examples for the development of HCC following successful virus elimination years after SVR. Unfortunately in both cases despite the regular US and AFP monitoring no surgery, ablation therapy or transplantation was possible at the time of the diagnosis of HCC. Accelerated oncogenesis might be suspected. The coincidence of HCC and portal vein thrombosis is not exceptional. **Conclusion:** Careful surveillance is needed in each HCV infected patient even after successful virus eradication. AFP alone is not appropriate for monitoring. In some cases US may give false negativity, therefore other imaging could be required. Portal vein thrombosis could be a part of paraneoplastic syndrome or consequence of direct tumor invasion.

97

#### CLINICAL PRACTICE IN ACUTE PANCREATITIS IN A PROSPECTIVELY COLLECTED PEDIATRIC COHORT.

László N.<sup>1</sup>, Pánczky A.<sup>1</sup>, Mosztbacher D.<sup>2</sup>, Tóth A.<sup>3</sup>, Demcsák A.<sup>3</sup>, Németh B.<sup>4</sup>, Szentesi A.<sup>4,13</sup>, Tóth G.<sup>2</sup>, Szűcs D.<sup>3</sup>, Vass N.<sup>3</sup>, Bereczki C.<sup>3</sup>, Illa V.<sup>5</sup>, Czelecz J.<sup>6</sup>, Andorka C.<sup>7</sup>, Veres G.<sup>7</sup>, Guthy I.<sup>8</sup>, Tokodi I.<sup>9</sup>, Gárdos L.<sup>10</sup>, Tomsits E.<sup>11</sup>, Tárnok A.<sup>12</sup>, Hegyi P.<sup>13,14</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group Heim Pál Children's Hospital, Budapest<sup>1</sup>, Department of Pediatrics, János Balassa County Hospital, Szekszárd<sup>2</sup>, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, University of Szeged, Szeged<sup>3</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>4</sup>, Department of Pediatrics, Dr.Kenessey Albert Hospital, Balassagyarmat<sup>5</sup>, Bethesda Children's Hospital, Budapest<sup>6</sup>, First Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, Semmelweis University, Budapest<sup>7</sup>, Szabolcs-Szatmár-Bereg County Hospitals, Jósa András University Teaching Hospital, Nyíregyháza<sup>8</sup>, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár<sup>9</sup>, Department of Pediatrics, Zala County Hospitals, Zalaegerszeg<sup>10</sup>, Second Department of Pediatrics and Pediatric Health Care Center, Semmelweis University, Budapest<sup>11</sup>, Department of Pediatrics and Pediatric Health Care Center, University of Pécs, Pécs<sup>12</sup>,

Institute for Translational Medicine & 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs<sup>13</sup>, Hungarian Academy of Sciences – University of Szeged Translational Gastroenterology Research Group, Szeged<sup>14</sup>

**Introduction:** Acute pancreatitis is an emerging problem in childhood. Despite of the increasing incidence of pediatric pancreatitis, data regarding the optimal management and clinical practice are still lacking. We have developed one of the first EBM guidelines for pediatric pancreatitis, however most of the treatments suggestions were based on adult literature data. **Aim:** Our aim was to prospectively collect uniform clinical data from children suffering from acute pancreatitis (AP). **Patients and Methods:** In the National Registry of Hungarian Pancreatic Study Group 46 children suffering from acute pancreatitis were enrolled from 12 centres between 2012-2015. Based on the modified Atlanta criteria 87% of the AP patients had mild and 13% moderate episodes, no severe AP or death was observed. The mean age was 12,52 (range 3-18) years, 25 girls and 21 boys were enrolled. **Results:** The average hospitalization was 12,68± 9,98 days in mild and 28,53 ± 11,84 days in moderate AP. According to the guidelines all of the children received intravenous fluid (IVF) in the first 24-48 hours of the treatment. Aggressive fluid replacement therapy on admission was given in 6/46 cases. Wide diversity were seen in the type of the administered IVF (normal saline, saline with lactate or dextrose 5%). Children were nil per os (starving) not longer than 48 hours and enteral nutrition, independently from the severity, was started in 18/46 (39%) cases. Nasogastric feeding were introduced in 2/18, while nasojejunal feeding in 16/18 children. Total parenteral nutrition were administered in 1/46 cases. All patients with moderate AP (6/46 children) received antibiotic therapy (ciprofloxacin, cefuroxim, ceftriaxon). Minor analgetics (acetaminophen, diclophenac, paracetamol) were introduced in 21/46 cases, and in 7/46 cases PPI were given. **Conclusion:** Pediatric AP seems to be less severe than adults AP. Fluid replacement and pain management were the main therapeutical tools in the first 48 hours. The large diversity in the management of the disease confirms both the lack and need of EBM guidelines in children. International, multicentre, prospective clinical trials are crucially needed to move forward in pediatric AP.

98

#### HOGYAN BEFOLYÁSOLJA A CHOLEDOCHOLITHIASIS MIATT VÉGZETT ERCP/EST IDŐPONTJA A CHOLECYSTECTOMIA SZÖVŐDMÉNYEIT?

Lázár B.<sup>1</sup>, Pósfai G.<sup>2</sup>, Dabi Á.<sup>1</sup>, Lehoczki C.<sup>2</sup>, Balla I.<sup>2</sup>, Bányász Z.<sup>2</sup>, Hamvas J.<sup>1</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet I. Belsőgyógyászati<sup>1</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet Sebészeti, Mellkassebészeti és Érsébzeti Osztály<sup>2</sup>

**Bevezetés:** Az LC elterjedése óta, a cholecysto- és choledocholithiasis miatt kezelt betegeknél a szakmai irányelvek alapján követendő eljárás az ERCP/EST, kőextractio után 72 órán belül a cholecystectomy elvégzése. A gyakorlatban azonban sokszor csak később, vagy egyáltalán nem kerül sor a műtét elvégzésére. Előadásunkban elemezzük a késedelmes, vagy elmaradó cholecystectomy okait és következményeit saját tapasztalataink alapján. **Esetek és módszer:** a BZSK Gasztroenterológiai Ambulanciáján az elmúlt hat évben cholelithiasis és choledocholithiasis diagnózissal kezelt, ERCP/EST-n átesett betegeink dokumentációjának retrospektív elemzése során megvizsgáltuk, hogy milyen arányban került sor a cholecystectomy elvégzésére az endoscopy intervenció után több, mint három nappal, vagy maradt el teljesen a műtét, milyen okok vezettek ehhez, és milyen következményei lettek ennek. A vizsgált időszakban 437 betegnél végeztünk ERCP/EST –t choledocholithiasis miatt. Közülük 319 cholecystectomyt megelőzően történt a beavatkozás. **Eredmények:** Az ERCP/EST után 72 órán belül végzett cholecystectomy után alacsonyabb a szövődmények aránya, mint a később operált, vagy műtétre nem kerülő esetekben. Ugyanakkor – mivel a késedelem oka sok esetben éppen az volt, hogy valamilyen kísérőbetegség, vagy az ERCP/EST során kialakuló szövődmény miatt nem kerülhetett a beteg 72 órán belül műtétre – érthető, hogy

magasabb a késői cholecystectomiák után a szövődmények aránya. **Következtetések:** Az össz-morbiditás arányának csökkentése érdekében célszerű olyan kezelési algoritmus kialakítása, mely figyelembe veszi az adott intézmény személyi, tárgyi, szervezeti-működési feltételrendszerét, a kiegészítő kezelési lehetőségeket (pl. az ERCP/EST során el nem távolítható közös epeúti kövek esetében az ESWL alkalmazása), és ez alapján határozza meg a különböző esetekben követendő eljárásrendet.

99

#### FREQUENCY OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AND OTHER MALIGNANCIES IN CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS IN AN EAST-HUNGARIAN HOSPITAL

Lombay B.<sup>1</sup>, Szalay F.<sup>2</sup>, Semmelweis Teaching Hospital, Department of St. Ferenc Hospital, Department of Medicine and Gastroenterology, Miskolc<sup>1</sup>, Semmelweis University, I. Clinic of Medicine, Budapest<sup>2</sup>

**Background and aim:** hepatic cirrhosis and hepatocellular carcinoma (HCC) are common and well-known complications in chronic hepatitis C (CHC) patients. The association between CHC and other, extrahepatic malignancies (EHM) is contradictory. We investigated the HCC and EHM frequencies in our CHC patients. **Patients and methods:** The survey was performed in Miskolc Semmelweis Hospital in East-Hungarian region. We analyzed the registered anamnestic data of 468 (204 male, 264 female) CHC patients from 2000 to 2015. We recorded the HCC and EHM incidences and the most characteristic patient's data (sex, age, registration date of the malignant disease(s), risk factors like hepatic cirrhosis and diabetes). **Results:** As malignant diseases, we found 10 HCC (four male, six female) and 24 EHM among the patients. In one female subject, HCC was the second malignancy (after a breast cancer). The most common EHM were female breast cancer (six patients); gynecological cancer (five pts.); non-Hodgkin lymphoma (four pts.); colorectal cancer (three pts.). In HCC patients, rate of hepatic cirrhosis and diabetes was 90% and 80%, respectively. In EHM patients, rate of hepatic cirrhosis and diabetes was 58% and 58%, respectively. No sustained cure was observed after the oncological treatment in HCC patients: the rate of liver related mortality was 80% in these subjects (two patients are on-treatment). Overall mortality rate was 43% in EHM patients. The relative risk for HCC was 2.5 in cases of co-existing liver cirrhosis and diabetes. The most frequent risk factors for EHM were female sex, age and diabetes. **Conclusion:** In concordance with the literature, the most frequently recognized malignant tumor was HCC in our CHC patients, but the incidence of breast cancer in women was equal with HCC. The high rate of liver cirrhosis, diabetes and female sex-linked malignancies is conspicuous. There is an urgent need to improve the HCC diagnostics and all kind of oncological diagnosis and treatments.

100

#### A SZÉKLET CALPROTECTIN VIZSGÁLAT SZEREPE A HYDRADENITIS SUPPURATIVÁHOZ TÁRSULT INTESTINALIS GYULLADÁS ELŐREJELZÉSÉBEN

Lovas S.<sup>1</sup>, Dávida L.<sup>1</sup>, Gáspár K.<sup>2</sup>, Szegedi A.<sup>2</sup>, Altorjay I.<sup>1</sup>, Palatka K.<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Tanszék<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Bőrgyógyászati Klinikai<sup>2</sup>

A hydradenitis suppurativa (HS) és a gyulladásoos bélbetegségek (IBD) ismeretlen etiológiájú krónikus gyulladásoos betegségek, melyek patogenetikai és etiológiai jellemzői több tekintetben hasonlóak. Mindkét kórkép esetében fontos szerepet tulajdonítanak a Th-17 sejteknek, valamint a tumor necrosis factor (TNF)-L-nak. 16 HS miatt gondozott betegben vizsgáltuk az intestinalis gyulladás előfordulását széklet calprotectin szint meghatározásával, colonoscopia és szövettani vizsgálat elvégzésével. Meghatároztuk a széklet calprotectin szintjének összefüggését az endoscopy eltérésekkel, aktivitási indexekkel (Hurley stádium), IBD aszociált szerológiai markerekkel. A betegek átlagéletkora 39,6 év volt, 62,5%-uk volt férfi. A HS fennállásának ideje átlagosan 9 év volt. A szövettani vizsgálat kiegészített colonoscopia a betegek

31,25%-ában jelzett makroszkópos és/vagy mikroszkópos gyulladási jeleket. A széklet calprotectin teszt a betegek 43,75%-ában pozitív volt. Egyértelmű korrelációt észleltünk a bőrbetegség stádiuma és a calprotectin értékek között. A bőrbetegség aktivitása és a gyulladási laboratóriumi paraméterek (CRP, FVSzám, süllyedés) között egyértelmű korrelációt nem találtunk. A bőrbetegség aktivitásának növekedésével párhuzamosan emelkedett ASCA (Sacharomycescerevisiae elleni antitest) szinteket észleltünk.

Irodalmi adatok alapján a HS prevalenciája az IBD populációban 6,8% és 10,6% között van, mely szignifikánsan magasabb mint az egészséges populációban (1%). Mindkét betegség jól reagál anti-TNF-L kezelésre, mely a közös pathogenetikai háttér szerepét jelzi. IBD betegcsoportban a hydradenitis kialakulása összefügg a dohányzással, magasabb testújjal, fiatalabb életkorral valamint Crohn betegséggel. Eredményeink azt sugallják, hogy a széklet calprotectinszubklínikus gyulladást jelezhet HS betegekben, pozitívítása előrejelzheti a későbbi IBD manifesztációját megterhelő endoscopy vizsgálat elvégzése nélkül.

101

#### IMMUNOGENICITY PROFILE AND PREDICTORS OF TLS AND ADA DEVELOPMENT OF BIOSIMILAR INFlixIMAB DURING THE FIRST 6 MONTHS OF THE THERAPY: RESULTS FROM A PROSPECTIVE NATIONWIDE COHORT

Lovász B.<sup>1</sup>, Kürti Z.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>2</sup>, Végh Z.<sup>1</sup>, Gecse K.<sup>1</sup>, Bíró E.<sup>14</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Banai J.<sup>3</sup>, Bene L.<sup>4</sup>, Gasztonyi B.<sup>5</sup>, Kristóf T.<sup>6</sup>, Lakatos L.<sup>7</sup>, Miheller P.<sup>8</sup>, Palatka K.<sup>9</sup>, Patai Á.<sup>10</sup>, Lakner L.<sup>10</sup>, Salamon Á.<sup>11</sup>, Szamosi T.<sup>3</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Tóth G.<sup>12</sup>, Vincze Á.<sup>13</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>2</sup>, Military Hospital – State Health Centre, Budapest<sup>3</sup>, 1st Department of Medicine, Peterfy Hospital, Budapest<sup>4</sup>, 2nd Department of Medicine, Zala County Hospital, Zalaegerszeg<sup>5</sup>, 2nd Department of Medicine, B-A-Z County and University Teaching Hospital, Miskolc<sup>6</sup>, Department of Internal Medicine, Csolnoky Ferenc Regional Hospital, Veszprém<sup>7</sup>, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>8</sup>, Institute of Medicine, Department of Gastroenterology, University of Debrecen, Clinical Center, Debrecen<sup>9</sup>, Department of Medicine and Gastroenterology, Markusovszky Hospital, Szombathely<sup>10</sup>, Department of Gastroenterology, Tolna County Teaching Hospital, Szekszárd, Hungary<sup>11</sup>, Department of Gastroenterology, Janos Hospital, Budapest, Hungary<sup>12</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>13</sup>, Department of Laboratory Medicine, Budapest, Hungary<sup>14</sup>

**Introduction:** Biosimilar infliximab CT-P13 received EMA approval in June 2013 for all indications of the originator product and its use is mandatory in all anti-TNF naïve IBD patients in Hungary since May 2014. In the present study we aimed to prospectively evaluate the immunogenicity profile of the biosimilar infliximab and predictors of TDM in IBD in a nationwide, multicentre cohort. **Methods:** Demographic data were collected and a harmonized monitoring strategy was applied. Clinical and biochemical activity were evaluated at weeks 14, 30 and 54. Routine therapeutic drug monitoring (TDM) was applied. Trough level (TL) and anti-drug antibody (ADA) concentration were measured by ELISA (LT-005, Theradiag, France) at baseline and at 2, 6, 14, 30 and 54 weeks right before anti-TNF administration during the induction treatment. **Results:** 291 consecutive IBD patients (184 CD patients and 107 UC patients) were included in the present cohort. 24.5% of CD patients and 14% of UC patients had received previous anti-TNF therapy. None of the patients had received infliximab within 12 months prior to initiation of the biosimilar infliximab. 60/52% of CD/UC patients received concomitant immunosuppressives at baseline. Mean TLs were 20.1, 14.7, 5.1 and 3.9 µg/ml at weeks 2, 6, 14 and 30. Early TLs were higher in CD compared to UC at weeks 2 (19.1 vs 15.1 µg/ml, p=0.05) and 6 (16.7 vs. 12.1 µg/ml, p=0.046) with no significant differences in TLs thereafter at week 14 and 30. ADA positivity rates were 3.8%, 16.1%, and 24.1% in naïve patients at weeks 0, 14, and 30 (ntotal= 229, 192 and 143). TLs were lower at week 2 and 6 (p=0.02 and

p=0.005), but not week 14 or 30 in patients with previous anti-TNF exposure, compared to naïve patients, coupled with higher ADA positivity. Concomitant IS use prevented early ADA formation in anti-TNF naïve patients (24.6% vs 11.2%, p=0.03) by week 14, but the effect was lost by week 30 (29.8% and 21.2%, p=ns). 21 (7.2%) patients had infusion reactions during induction or maintenance treatment, of which 13 patients had received previous infliximab treatment. **Conclusions:** Drug TLs and ADAs in IBD patients at weeks 0, 2, 14 and 30 weeks were in line with results reported for the originator in previous studies. Early TLs were slightly lower in UC compared to CD. Patients with previous exposure to anti-TNFs had lower early TL coupled with ADA positivity and were more likely to develop infusion reactions. Concomitant IS use prevented early but not later ADA development.

102

#### NON-VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING (NVUGB) IN ORALLY ANTICOAGULATED ELDERLY IN PÉCS (THE PÉCS TREND 2004-2014)

Lukács M.<sup>1</sup>, Dóka A.<sup>2</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>, Univ. of Pécs<sup>1</sup>, Markusovszky County Hosp. Szombathely<sup>2</sup>

Many old people are suffering from NVUGB. The outcome is affected by NSAID use and co-morbidities. Authors assess the results of a pilot study (2004) and a retrospective match from 2014 - pointed on the Trend of Pécs. **Patients and methods:** a 6-month-long investigation was done in 2004 and comparably another (28 months) in 2014. In the first, 10 people out of 41 with NVUGB (all older than 65 ys, 18:23 male:female) and in the recent 23 individual out of 112 (over 75 ys, 51:61 male:female) who were underwent endoscopy were included to the study. All of them took oral anticoagulants (OAC). The pill-use, INR value at hospital admission, haemodynamical parameters, the source of bleeding and the tools that were needed to correct the haemostatic parameters (and other aspects of primary haemostasis) were studied. **Results:** the average of the INR value at the arrival in both cohort were high (6.0 and 5.6). The indications of OACs in 2004: atrial fibrillation (AF) 7/10, secondary prevention of thromboembolic events 3/10. The indications of OACs in 2014: AF-10, 3 because of deep vein thrombosis, 5 for pulmonary embolism and 3 for artificial heart-valve. The use of prophylactic proton pump inhibitors (PPI) improved during the ten years (from 1/10 to 8/23). That bleeders who had not got OAC needed less transfusion, than the ones who were anticoagulated. The correction of INR done by: stopping the OAC: 3 pts, fresh frozen plasma (FFP): 5 pts, FFP+vitamine K: 5 pts and Beriplex: 1 pts in 2014. Within the group of not-transfused pts we observed a greater proportion of PPI use: 37% (24% was PPI user among who were transfused in 2014). Ulcers as a bleeding source was growing from 70% over 80% during this 10 ys. We observed widened NSAID use. **Conclusion:** The old OAC pts were not well-controlled. There were favorable rates of PPI use in 2014- but even it was not satisfactory in the mirror of anamneses and multiplex ulcerogen oral co-therapies.

103

#### ANALYSIS OF OPERATED CASES IN RESPECT OF PARTIAL AND COMPLETE RESPONSE TO NEOADJUVANT RADIO-CHEMOTHERAPY FOR RECTAL CANCER

Lukász P.<sup>1</sup>, Kári D.<sup>1</sup>, Csikány N.<sup>1</sup>, Kiss T.<sup>1</sup>, Lovay Z.<sup>1</sup>, Ecsedy G.<sup>1</sup>, Diczházi C.<sup>2</sup>, Schönleber J.<sup>2</sup>, Kovács J.<sup>1</sup>, Surgery Department, Jahn Ferenc Hospital, Budapest<sup>1</sup>, Pathology Department, Jahn Ferenc Hospital, Budapest<sup>2</sup>

The aim of preoperative radio-chemotherapy of locally advanced rectal cancer (T3, N0-1) of the middle and lower third of the rectum is to decrease the size of the tumor (downstaging), improve the rate of resectability and reduce the probability of local recurrence. Due to several complete pathological remissions after neoadjuvant therapy, a number of controlled trials have been suggested if radical surgery is necessary at all in cases where restaging (endoscopy, rectal ultrasound, CT, MRI, PET-CT) after oncological treatment justified the absence of tumor. 25 patients after

neoadjuvant therapy for locally advanced rectal cancer underwent surgery between 2013 and 2016 at our General Surgery Department. The necessity of neoadjuvant therapy was decided by an onco-team after preoperative staging exams. Surgery was performed 7-9 weeks after termination of radiotherapy and restaging exams. Data was analyzed retrospectively: tumor location and size, pre- and postoperative staging results, type of surgery and pathological regression. Open anterior rectal resection (Dixon's procedure) was performed in 10 cases, laparoscopic rectal resection in 6 cases and abdominoperineal rectum extirpation (Miles operation) in 9 cases. Small and medium pathological regression were observed in 20 cases, explicit pathological regression in 3 cases, complete regression (Mandard score 1) and total lack of tumor (ypT0N0) in 2 cases. In vast majority of the cases neoadjuvant therapy resulted in downstaging and in pathological regression. Based on current literature, the rate of complete pathological remission following neoadjuvant therapy is 11-38% and there is no difference in survival rate between the groups in which the patients underwent surgery and the one in which they have not. On the basis of the two cases with complete pathological regression the "wait and see" strategy after extent exams and under close oncological follow-up may be supported in selected cases, but there is a strong need for more multi-center, prospective, randomized study.

104

#### ENDOSCOPIC SIGNS OF THE ENDOMETRIOSIS INFILTRATING THE LARGE BOWEL

Lukovich P.<sup>1</sup>, Tari K.<sup>1</sup>, Csibi N.<sup>2</sup>, Brubel R.<sup>2</sup>, Rigó J.<sup>2</sup>, Harsányi L.<sup>1</sup>, Bokor A.<sup>2</sup>, 1st Department of Surgery, Semmelweis University of Medicine, Budapest<sup>1</sup>, 1st Department of Gynaecology, Semmelweis University of Medicine, Budapest<sup>2</sup>

**Background and study aims:** The number of women operated with endometriosis is increasing worldwide. The endometriosis might affect not only the gynaecological organs but the gastrointestinal tract as well thus the correct selection of patients with colorectal endometriosis is essential before the multidisciplinary surgical treatment. **Patients and methods:** From 20th of July 2009 383 patients with diagnosis of endometriosis routine sigmoidoscopy was performed prospectively. The successfulness of the examination, and the location of the infiltrated bowel tracts were assessed. Secondary signs (rigidity, impression, kinking, pain, suffusion) were analysed in the absence of mucosal invasion. The endoscopically confirmed cases underwent on multidisciplinary surgery, the remaining patients were operated only by a gynaecologic team. **Results:** Endometriosis was endoscopically confirmed in 224/383 patients (58.49%), 108/224 patients underwent multidisciplinary surgery and bowel endometriosis was detected in 103 cases intraoperatively. (Sensitivity/specificity: 92.8%/96.2%) Complete sigmoidoscopy was performed in 34.7%, more focuses were detected in 14.73% of the cases. Endoscopy showed intraluminal endometriosis only in 4.91%, but found rigidity 38.39%, impression 45.54%, kinking 57.14%, pain (examination without narcosis) 26.06%. **Conclusions:** Sigmoidoscopy – done by experienced gastroenterologist – is a high sensitive diagnostic examination at the endometriosis which involve the large bowel.

105

#### LACK OF CFTR RESULTS IN IMPAIRED FUNCTION OF THE PLASMA MEMBRANE CA<sub>2+</sub> PUMP THAT CAUSES INTRACELLULAR CA<sub>2+</sub> OVERLOAD AND MITOCHONDRIAL DAMAGE IN PANCREATIC DUCTAL EPITHELIAL CELLS IN CFTR KNOCKOUT MICE

Madácsy T.<sup>1</sup>, Fanczal J.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>2</sup>, Venglovecz V.<sup>2</sup>, Ifj Rákonczay Z.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>4</sup>, Maléth J.<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pharmacology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>, First Department of Medicine/ Faculty of Medicine Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>3</sup>, Univ. of Pécs, Institute for Transl. Med. & 1st Dep. of Medicine, MTA-SZTE Transl. Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary<sup>4</sup>

**Introduction:** The cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) has a significant role in pancreatic ductal epithelial secretion and its genetic defects damage the pancreas. The exact mechanism of this pancreatic damage is only partially known. The toxic cellular Ca<sub>2+</sub> overload is a hallmark of acute pancreatitis and in CFTR-deficient airway epithelial cells the intracellular Ca<sub>2+</sub> homeostasis was disturbed. However the Ca<sub>2+</sub> homeostasis of CFTR-deficient pancreatic ductal epithelial cells (PDEC) has never been investigated. **Aim:** Our aim was to characterize the Ca<sub>2+</sub> homeostasis of CFTR-deficient PDEC. **Materials & methods:** Pancreatic ducts and acinar cells were isolated from wild type (WT) and CFTR knockout (KO) mice. Intracellular Ca<sub>2+</sub> concentration ([Ca<sub>2+</sub>]<sub>i</sub>) and changes of the mitochondrial membrane potential was measured. **Results:** Maximal [Ca<sub>2+</sub>]<sub>i</sub> release upon carbachol stimulation showed no difference in WT and CFTR KO PDEC. Notably, the plateau phase of the Ca<sub>2+</sub> signal was significantly higher in CFTR-deficient PDEC, but completely normal in pancreatic acinar cells. Interestingly, the functional inhibition of CFTR with 10μM CFTR(inh)-172 had no effect on the Ca<sub>2+</sub> signals. Next we investigated the Ca<sub>2+</sub> efflux in PDEC and found that the Ca<sub>2+</sub> extrusion was significantly lower in CFTR KO PDEC compared to WT due to the impaired function of the plasma membrane Ca<sub>2+</sub> pump (PMCA). In addition, the sustained elevation of [Ca<sub>2+</sub>]<sub>i</sub> caused a drop in mitochondrial membrane potential in CFTR KO PDEC. **Conclusion:** Dysfunction of PMCA leads to disturbed Ca<sub>2+</sub> homeostasis in CFTR-deficient PDEC and the consequent cellular Ca<sub>2+</sub> overload impairs mitochondrial function. These changes might contribute to the pancreatic damage seen in cystic fibrosis.

106

#### APPLICATION OF A CLOUD-BASED DEEP STRUCTURED LEARNING PLATFORM FOR THE COMPUTER ASSISTED DIFFERENTIATION OF NEOPLASTIC AND NON-NEOPLASTIC POLYPS DEPICTED WITH HD, ZOOM, FUJINON INTELLIGENT COLOR ENHANCEMENT (FICE) TECHNOLOGY

Madácsy L.<sup>1</sup>, Oczella L.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Szepes A.<sup>2</sup>, Endo-Kapszula Endoscopic Laboratory, Székesfehérvár<sup>1</sup>, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét, OMCH Endoscopic Laboratory<sup>2</sup>

**Introduction:** Deep learning algorithms with the convolutional neural network (CNN) are recently applied in many areas related to medical imaging. Automated computer assisted differentiation between neoplastic and non-neoplastic colorectal polyps based on digital chromoendoscopy pictures could support resect and discharge strategy after polypectomy of hyperplastic lesions detected during colonoscopy. The aim of our present preliminary study was to evaluate the usefulness of deep structured learning algorithms for automated computer-based differentiation of hyperplastic and adenomatous colorectal polyps. **Methods:** Patients referred for screening colonoscopy were prospectively enrolled and 100 polyps of 75 patients were detected. All colonoscopies were accomplished with HD zoom colonoscope of Fujinon EC-590ZW/L series. Based on our previous results FICE-filter 4 with 50 times digital magnification [red, green, and blue (RGB) wavelengths of 520, 500, and 405 nm, respectively] provided the best images for evaluating the vascular and surface (pit) pattern for colorectal adenomas. Therefore, optical zoom and HD surface pictures of the detected colorectal polyps were digitally stored with FICE-filter 4 and with 50 times magnification. Histopathology of the lesions was classified after pathological evaluation from endoscopic resection, polypectomy or biopsy specimens. Regions of interests (ROI) sized of 275x275 pixels were manually selected on captured digital pictures of the surface of the colorectal polyps, and then uploaded to the ERSATZ labs cloud-based deep learning platform. **Results:** According to the histopathological results, 59 adenomas (5 with severe dysplasia), and 41 hyperplastic polyps were captured, classified and selected for further computer analysis. From the 100 images, 60 images are selected as a training set, and the remaining 40 images are selected as a validation set. Training images were fed to the cloud-based CNN with automatic parametric variables and cropped into pixels with

the proposed deep learning algorithm. During validation, 86,67% of the test pictures are classified correctly as neoplastic or non-neoplastic polyp region at the maximal F1 score of 0,9354. **Conclusions:** Computer-assisted differentiation of colorectal polyps is a promising tool to assist differentiation of hyperplastic and adenomatous polyps detected with digital zoom chromoendoscopy. Further improvement of accuracy of the deep learning algorithms may be achieved by significantly increasing the total number of polyps uploaded to the training set and also optimizing the parametric variables of the CNN.

107

**HCV ÉS ENDOSZKÓPIA: KI VESZÉLYES KIRE?**

Makara M.<sup>1</sup>, Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Szent László Kórház telephely, Központi Felnőtt Szakrendelő<sup>1</sup>

Hepatitis C vírus elleni ellenanyaga a lakosság 0,7%-ának van, míg a vírus RNS a lakosság 0,5%-ából mutatható ki, azaz statisztikailag minden kétszázadik magyar ember hepatitis C hordozó. A vírus hordozás gyakoribb a 45 év feletti korosztályban, különösen azokban, akik vért, vérkészítményt kaptak, vagy valaha vénás vagy orron át felszívott kábítószerrel használtak (akár egyetlen alkalommal is). A betegség számos környező országban, így például Romániában és Ukrajnában lényegesen gyakoribb. Magyarországon jelenleg az egészségügyi ellátásba kerülő betegek között 2% körüli gyakorisággal számolhatunk. Többségük nem tud a fertőzésről, így minden ellátott beteget potenciálisan fertőzőképnek kell tekinteni. Szerencsére a mai higiénés előírások mellett semelyik endoszkópos beavatkozással sem vihető át vírus sem betegről betegre, sem betegről orvosra vagy fordítva. Veszélyt jelenthet ugyanakkor a betegből kikerülő tüvel, illetve eszközzel okozott sérülés az egészségügyi dolgozóra. A veszély azonban kicsi: a tűszúrásos sérülések 0,3-2%-os eséllyel okoznak csak fertőzést. Védőoltás vagy chemoprophylaxis nincs. Mindenképpen célszerű kerülni azokat az eljárásokat, ahol egy ampullából több beteg részére történik kezelés, például anaesthesia, kanül zárás. Ilyen esetekben a higiénés szabályok legkisebb megszegése esetén járványos előfordulással is számolhatunk. Az előadásban intő példák szólnak erről. Óriási jelentősége van az endoszkópiát végző kollega figyelmének olyan szempontból, hogy felfedezze a potális hipertensióra utaló tüneteket, és felhívja a kezelőorvos figyelmét a májbetegség tisztázására, ha ez nem ismert. A hepatitis C vírus ma már minden stádiumában jól kezelhető, és a betegek közel 100%-a vírusmentessé tehető, miáltal lehetőség nyílik a máj lassú regenerálódására. A korrekt diagnózis tehát a beteg számára valóban élet és halál kérdése.

108

**VX-809 RESTORES THE ALCOHOL-INDUCED EXPRESSION DEFECT OF CYSTIC FIBROSIS TRANSMEMBRANE CONDUCTANCE REGULATOR IN CAPAN-1 CELLS**

Maléth J.<sup>1</sup>, Madácsy T.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>1</sup>, Venglovecz V.<sup>2</sup>, Rakonczay Z.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>4</sup>, First Department of Medicine; University of Szeged; Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Hungary<sup>2</sup>, First Department of Medicine and Department of Pathophysiology University of Szeged<sup>3</sup>, Institute for Translational Medicine and First Department of Medicine, University of Pécs, Hungary<sup>4</sup>

**Introduction:** Excessive ethanol consumption is one of the most common causes of acute and chronic pancreatitis. Earlier we showed that ethanol and ethanol metabolites cause severe damage in the function and expression of the cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR), which increases the severity of acute ethanol-induced pancreatitis. There are new compounds available, such as lumacaftor (VX-809), to correct the impaired CFTR expression in cystic fibrosis patients, however the potential utility of this compound in pancreatitis treatment has never been investigated. **Aims:** Our aim was to test the effect of VX-809 treatment on the CFTR expression during ethanol exposure. **Materials & methods:** CFTR expression was evaluated by im-

munofluorescent staining in Capan-1 cells. The cells were incubated with 100mM ethanol, 10µM VX-809, or their combination for 24 h. Images were captured by confocal microscopy. Results: As reported earlier exposure of Capan-1 cells to 100mM ethanol for 24 hours significantly decreased the plasma membrane expression of CFTR. In parallel the cytoplasmic CFTR expression was increased. 10µM VX-809 alone had no effect on the CFTR expression. Notably, application of 10µM VX-809 in pretreatment (treatment started 6 h prior to ethanol exposure), or post-treatment (treatment started 6 h after to ethanol exposure) significantly improved the plasma membrane expression of CFTR in Capan-1 cells. **Conclusion:** These preliminary findings suggest that VX-809 might be able to restore the CFTR expression defect caused by alcohol. Further extended in vitro and in vivo studies need to clarify the effect of VX-809 on alcohol-induced pancreatic injury.

109

**ENTERAL FEEDING IS BENEFICIAL COMPARISON TO NIL PER OS DIET IN MILD AND MODERATE ACUTE PANCREATITIS**

Márta K.<sup>1</sup>, Farkas N.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>1</sup>, Institute of Bioanalyses, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>2</sup>

**Background:** Enteral feeding is the primary therapy in severe and predicted severe acute pancreatitis (AP). However, its role in mild and moderate AP is uncertain. **Aim:** Our aim was to statistically analyse variety of outcomes in different feeding types using literature data. **Patients & methods:** Meta-analysis was performed using the PICO format. Enteral feeding (EF) (oral liquid diet, nasogastric or nasojejunal feeding) was compared to nil per os (NPO) diet. 717 articles from Embase and 831 from PubMed database were analysed. Duplications and articles with no or insufficient data concerning the early phase of AP were excluded. All together 9 articles were found to be suitable for the study. **Results:** Comparing the EF and NPO group the mortality was: 1.6+/-1.6 vs 2.6+/-1.6 %, length of hospital stay: 7.2+/-1.0 vs 11.4+/-3.6 days, CRP level 49.7+/-5.7 vs 70.2+/-11.4 mg/l, WBC: 10.2+/-1.5 vs 11.3+/-1.1 G/l, readmission of patients: 6.4+/-0.5 vs 10.6+/-0.6 %, severity progression of the disease: 7.9+/-2.1 vs 11.0+/-3.2 % and start of oral refeeding: 3.5+/-0.5 vs 4.5+/-0.5 days. Data analysis by Forest plot and Mann-Whitney test showed significant differences (p<0.05) between the two feeding types. **Conclusion:** Only small amount of studies are available concerning the different types of nutrition in the early phase of AP. Our meta-analysis suggests that EN should have priority not only in severe and predicted severe but also in mild and moderate AP. More RCT is crucially needed.

110

**LAPAROSCOPOS ULTRAHANG ÉS MINIMÁLISAN INVAZÍV MÁJRESZEKCIÓK. AZ ELSŐ 40 BETEG TAPASZTALATAI**

Mersich T.<sup>1</sup>, Mészáros P.<sup>1</sup>, Dubóczki Z.<sup>1</sup>, Sztipits T.<sup>1</sup>, Szöllösi A.<sup>1</sup>, Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Centrum Viscerális Sebészeti Osztály<sup>1</sup>

**Bevezetés:** A colorectalis eredetű májjáttétek esetén a legjobb túlélést a sebészi reszekció jelentheti. A laparoscopos májreszekció a legfrissebb adatok szerint korai eredményeit tekintve legalább ugyanolyan jó eredményű, mint a nyitott reszekció. A laparoscopos technika a májreszekció során nem nélkülözheti az UH vizsgálatot, melynek célja nemcsak a diagnózis pontosítása, de a reszekciós szabad szél biztosítása is. Retrospektív vizsgálatunk célja kezdeti műtéti tapasztalataink megosztása és eredményeink ismertetése, melyeket májdaganatok laparoscopos reszekciójával szereztünk. **Betegek:** Az Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Centrumában 2013-2016 április között 242 májreszekció történt malignus betegség vagy annak gyanúja miatt. A fenti betegek közül 36 esetben végeztünk laparoscopos reszekciót. A laparoscopos végzett 36 eset közül 13 kolorektális áttét, 1 NET, 1 HCC, 14 egyéb tumort távolítottunk el. 2 konverziót végeztünk és nem volt perioperatív mortalitás. 1 beteget epecsor-

gás miatt reoperálni kellett. Az átlag posztoperatív kórházi tartózkodás 4 nap volt. A szövettani eredmény 2 esetben adott R1-reszekciót, UH vizsgálat minden esetben történt. Bisegmentectomiát 7, bal lateralis sectionectomiát 3, unisegmentectomiát 24 esetben végeztünk. A máj összes szegmensén kíséreltünk már meg laparoscopos reszekciót. **Megállapításaink:** A laparoskopos májreszekció biztonságosan végezhető, jó perioperatív morbiditási és mortalitási eredményekkel illeszthető a multimodális terápiás tervbe. A nem kolorektális áttétek esetén a hasi metszés hiánya könnyebbé teszi a laparoscopos feltárást és a manipulációt. A hátsó szegmentumok feltárást az oldal fekvő helyzet és a nyitott műtétnél is alkalmazott kiemelt teheti könnyebbé. A laparoscopos májreszekció laparoskopos UH készüléket, mind onkosebészeti, mind laparoscopos jártasságot kíván.

111

### SZAKASSZISZTENSÍ FELADATOK A SÜRGŐSSÉGI ENDO-SZKÓPIA SORÁN

Micskó É.<sup>1</sup>, Lippai G.<sup>1</sup>, Dékány K.<sup>1</sup>, Kanyó B.<sup>1</sup>, Nádás B.<sup>1</sup>, Kalász G.<sup>1</sup>, Kerékgyártó O.<sup>1</sup>, Bördős A.<sup>1</sup>, Szentkereszty B.<sup>1</sup>, Csorba Z.<sup>1</sup>, Lukácsné Bezsenyi A.<sup>1</sup>, Pethe I.<sup>1</sup>, Heindlné Tóth A.<sup>1</sup>, Schillerné Toldi M.<sup>1</sup>, Vági M.<sup>1</sup>, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Járóbeteg Szakrendelő Intézet Gasztro-endoszkópia Szakrendelés<sup>1</sup>

Az MH EK SZRI Gasztroendoszkópia Részlege 2014 májusától eddigi feladatai mellett kiemelt szerepet kapott az akut gasztrointesztinális vérző betegek regionalis ellátása során. Budapesten az öt kiemelt centrum egyike lettünk. Feladatunk az intézet Sürgősségi Betegellátó Centrumába érkező és saját telephelyünk felköveteg osztyályain (Központi intenzív, Traumatológia, Invaszív Kardiologia, Strok, Ált.Seb., Belgyógy.) előforduló gasztrointesztinális vérzőbetegek endoszkópos beavatkozást igénylő szakvizsgálata, sz.e. endoszkópos terápiás beavatkozások elvégzése. Feladatainkat 24 órás készenléti szolgálat biztosításával látjuk el. Feldolgoztuk az ellátásra kerülő betegek adatait, a szakvizsgálatot, ellátást követően megállapított szakorvosi diagnózisokat, a beavatkozás során alkalmazott vérzéscsillapító eljárásokat, egyéb szükséges beavatkozásokat. Az előadásban szeretnénk bemutatni a szakasszisztens feladatokat a sürgősségi endoszkópos vizsgálatok, beavatkozások alkalmával; kiemelten fókuszálva a 24 órás készenléti ügyeletben történő előkészületekre, a beavatkozásokra és a beavatkozások utáni szakasszisztens teendőkre, figyelembe véve az intézmény sajátosságait, specifikumait

112

### PREGNANCY, BIRTH OUTCOME AND POSTNATAL DEVELOPMENT IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Milassin Á.<sup>1</sup>, Szántó K.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Vass N.<sup>2</sup>, Szűcs D.<sup>2</sup>, Demcsák A.<sup>2</sup>, Lada S.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Fábrián A.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, University of Szeged, 1st Department of Internal Medicine<sup>1</sup>, University of Szeged, Department of Pediatrics<sup>2</sup>

**Background:** Inflammatory bowel disease (IBD-Crohn's disease [CD], ulcerative colitis [UC]) usually affects women in their child-bearing years. IBD has been associated with increased risk of adverse birth outcome. However, only limited data are available on the postnatal development in children from IBD mothers. Our aim was to evaluate the effect of disease activity, medical therapy on pregnancy and birth outcome and postnatal development. **Methods:** 53 pregnancies of 34 women diagnosed with IBD (18 UC, 16 CD) in our IBD centre were studied retrospectively. Data about medical therapy before and during pregnancy, history of surgery, data on pregnancy, delivery and newborn complications were assessed. 36 children born to IBD mothers have been included in the second part of the study. Data on postnatal development were retrospectively collected and physical condition was evaluated. Body composition analysis was performed with InBody Body Composition Analyzer. **Results:** Pregnancy complications occurred in 11 cases - the most common were hypertension and fetal loss. Cesarean section was performed in 29 pregnan-

cies; instrumental delivery was needed in 5 cases. 6 of the pregnant women had previous surgery related to IBD, all of them had Cesarean section. Active disease was detected in 8, 5, and 6 pregnancies during the first, second and third trimester. 27 of the 34 patients were on IBD-related medication at conception (48% steroid, 70% immunomodulant, 7.5% biologic agent, 18.5% sulphasalazine, and 55.5% mesalazine). The mean birth height was 50.3±2.3 cm, mean birth weight was 3415.9±469.9 grams. Congenital malformations, low birth weight and infectious complications occurred in 7, 4, and 7 infants. Considering postnatal development, 8 children developed chronic disease, IBD occurred in one child. At the time of physical examination the mean growth percentile was 65.6%, the mean weight percentile was 64.2%. According to the body composition analysis, mean InBody score was 87.6 points (max: 100 points). **Discussion:** Our results revealed complications in 20.8% of the IBD pregnancies. Rate of congenital malformations proved to be 19.4% in the present cohort. Proportion of chronic disease developed in children from IBD mothers was 14%. Analysis of risk factors on birth outcome and postnatal development and comparison of postnatal development with children from healthy mothers are in progress.

113

### ÓRIÁS BRUNNEROMA. ESETISMERTÉS.

Mohai C.<sup>1</sup>, Lidi H.<sup>1</sup>, Salamon F.<sup>2</sup>, Taller A.<sup>1</sup>, Gasztroenterológia, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest<sup>1</sup>, Patológia, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest<sup>2</sup>

**Bevezetés:** A duodenumban benignus tumorok ritkán fordulnak elő és a malignus folyamat még kevésbé jellemző. Leggyakrabban a bulbosban láthatók Brunner mirigy hyperplasia okozta apró polypoid leziók. A Brunneroma többnyire 5mm-nél kisebb, az 1-2cm-esek általában nyeles polypokként jelennek meg. Mint a legtöbb vékonybél tumorra, ezekre is jellemző, hogy panaszt vagy egyáltalán nem okoznak, vagy atipikusak a panaszok. A nagyméretű és/vagy panaszt okozó polypokat endoszkóposan vagy sebészileg el kell távolítani. **Esetismertetés:** A 60 éves nő anamnézisében appendectomia, laparoscopos cholecystectomy, spontán vesekőürítés, ectopiás bal vese, asthma bronchiale és refluxbetegség szerepel. Fél éve vannak visszatérő, néha hányással kísért étkezést követő görcsös hasi fájdalmai. Transzfúziót nem igénylő anaemizálódáshoz vezető haematemesis és melaena miatt került felvételre. Laborból: Hgb:99,6g/l, Htk:29,6%, MCV:83fl, Fe:3umol/l. A felső panendoszkópia során a duodenum leszálló szájában a lument szinte obturáló nagyméretű nyeles, erodált felszínű polypot találtak. A biopsziás mintában szabályos vékonybél nyálkahártya látszott. A CT vizsgálattal környezetet terjedő térfoglalást nem észleltek. A duodenoskopia során a közvetlenül postpylorikusan tapadó, hosszú nyelű, a Vater papilla is takaró 3,5x1,5cm-es képlet polypectomiája megtörtént. A szövettani feldolgozás Brunner-mirigy hamartomát igazolt. A polypectomiát követő hónapokban ismételt is FOBT negatív volt. **Következtetés:** A Brunneroma lehet extrém nagyméretű nyeles polyp is, mely vérzést, obstrukciót, étkezést követő felhasi panaszokat okozhat. A biopszia nem alkalmas a diagnózishoz. Az endoscopos polypectomia szükséges és biztonságos és egyben diagnosztikus és terápiás is. A duodenoscop a gastroscopnál mind a pontosabb diagnózishoz, mint a terápiához alkalmasabb.

114

### ASSOCIATION OF HEPATIC STEATOSIS INDEX AND NAFLD FIBROSIS SCORE WITH ROUTINE CLINICAL BIOMARKERS IN TYPE-2 DIABETES MELLITUS

Mohás M.<sup>1</sup>, Cseh J.<sup>1</sup>, Molnár G.<sup>1</sup>, Kun S.<sup>1</sup>, Wittmann I.<sup>1</sup>, 2nd Department of Internal Medicine and Nephrology Centre, University of Pécs, Faculty of Medicine<sup>1</sup>

**Background:** Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is the most common cause of liver cirrhosis in the developed countries. Insulin resistance, increased activity of the renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS), and the toxicity of advanced glycation end-products (AGE) are considered as common pathophysiological pathways both in T2DM and NAFLD. Several biomarker-based



scores were developed to assess the condition of the liver parenchyma in a non-invasive way. The hepatic steatosis index (HSI) evaluates the severity of liver steatosis and the NAFLD fibrosis score is proposed to estimate liver fibrosis. The aim of the current study was to investigate the association of HSI and NFS with routine clinical biomarkers in T2DM patients. **Methods:** We enrolled 318 T2DM patients (64,6±12,4 years, 129 males, HbA1c: 7,84±1,92 %) in our retrospective, cross-sectional study. We divided the patients into tertiles of HSI and NFS, then we performed statistical association studies with routine clinical biomarkers. **Results:** According to HSI and NFS, frequency of steatosis and liver fibrosis were as follows: Steatosis ruled in: 85 %, uncertain: 13 %, ruled out: 2 %; liver fibrosis ruled in: 41 %, uncertain: 48 %, ruled out: 11 %. HSI showed positive correlation with HbA1c ( $r=0.149$ ,  $p=0.009$ ), glomerular filtration rate (GFR,  $r=0.142$ ,  $p=0.001$ ), serum sodium level ( $r=0.167$ ,  $p=0.003$ ), red blood cell (RBC) count ( $r=0.259$ ,  $p<0.001$ ) and hemoglobin concentration ( $r=0.185$ ,  $p=0.001$ ). Surprisingly, NFS negatively correlated with HbA1c ( $r=-0.194$ ,  $p=0.001$ ), GFR ( $r=-0.244$ ,  $p<0.001$ ), and did not show any correlation with serum sodium level, or parameters of RBC-s. Similarly, HbA1c, serum sodium level, RBC count and hemoglobin concentration differed significantly across the HSI tertiles ( $p=0,043$   $p=0,015$ ,  $p<0,001$ ,  $p=0.002$ ,  $p<0.001$ , respectively), and HbA1c and GFR were significantly different in the NFS tertiles ( $p<0.001$ ). **Conclusions:** We conclude, that in T2DM liver steatosis is mainly determined by metabolic disturbances, and the activation of the RAAS (which influences serum sodium level, at the earlier stage increases GFR and HbA1c and activates hematopoiesis), while liver fibrosis is rather independent of metabolic effects and that of the RAAS. It is more likely to be associated with the kidney function and the subsequent AGE-retention.

#### 115

### PRESARCOPENIA SZÜRÉS CROHN BETEGEKNÉL, A BETEGEK PARAMÉTEREINEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA EGÉSZSÉGES ÖNKÉNTESÉVEL

Molnár A.<sup>1</sup>, Csontos Á.<sup>2</sup>, Kovács I.<sup>3</sup>, Anton D.<sup>4</sup>, Pálfi E.<sup>5</sup>, Miheller P.<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Patológiai tudományág, Egészségtudományok program, Budapest<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>2</sup>, Magyar Dietetikussok Országos Szövetsége, Budapest<sup>3</sup>, Szent István Egyetem, Doktori Iskola, Biomatematikai és Informatikai tudományág, Budapest<sup>4</sup>, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Budapest<sup>5</sup>

**Bevezetés:** A prospektív kutatásunk céljával tűztük ki, hogy olyan presarcopenia szűrési módszert fejlesszünk ki, amely az ambulanter gondozott Crohn betegeknél korai stádiumban diagnosztizálja a sarcopeniát és a malnutriciót is. A módszer a tápláltsági állapotot jelző markerek közül a teljes testtömeg és a zsírmassza testtömeg mérésén és a testmagassághoz viszonyított indexének (BMI=testtömeg index, és az FFMI=zsírmassza testtömeg index) értékelésén alapszik. **Módszerek:** Bioimpedancia alapú testösszetétel vizsgálatot végeztünk 136 Crohn betegnél és 1752 önkéntesnél. A malnutrició és sarcopenia határértéknek az ESPEN által javasolt alacsony BMI-t és FFMI-t tekintettük. Az elemzést a teljes vizsgálati populációban, valamint nemek szerinti bontásban is elvégeztük. **Eredmények:** A teljes csoportra vonatkozó értékelésnél a tápláltsági állapotot jelző markerek közül a BMI és az FFMI szignifikánsan alacsonyabb volt a betegnél, mint a kontroll csoportnál (median BMI: 22,0 vs 25,1 kg/m<sup>2</sup>,  $p < 0,0001$ ; FFMI: 17,3 vs 18,4 kg/m<sup>2</sup>,  $p = 0,0044$ ). A nemek szerinti csoportbontást követően, míg az alacsony BMI prevalenciája közel azonos volt mindkét nemnél, addig az alacsony FFMI nőknél sokkal gyakoribb volt, mint a férfiaknál (alacsony BMI: 32% vs. 4% férfiaknál és 33% vs. 13% nőknél, és az alacsony FFMI férfiaknál 25% vs. 5%, nőknél 36% vs. 14%). **Következtetések:** Az ambulanter gondozott Crohn betegeknél a testösszetétel rendszeres analizálásával a malnutrició és a sarcopenia már korai stádiumban diagnosztizálható és adekvát intervencióval a kóros folyamat időben kezelhető.

#### 116

### MÁJBETEGSÉGEK SZÖVŐDMÉNYEINEK ENDOSZKÓPOS DIAGNOSZTIKÁJA ÉS TERÁPIÁJA INTÉZETÜNKBEN

Molnár T.<sup>1</sup>, Lestár A.<sup>1</sup>, Budai N.<sup>1</sup>, Föhrhész E.<sup>1</sup>, Fodor A.<sup>1</sup>, Veress E.<sup>1</sup>, Tóth A.<sup>1</sup>, Varga R.<sup>1</sup>, Dunkel K.<sup>1</sup>, Székely A.<sup>1</sup>, Horváth L.<sup>1</sup>, Székely I.<sup>1</sup>, Fejes R.<sup>1</sup>, Nyikos O.<sup>2</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház Endoszkópos Laboratórium Székesfehérvár<sup>1</sup>, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház I. Belgyógyászat Hepato-Pancreatológia Székesfehérvár<sup>2</sup>

Az endoszkópia rohamos fejlődése lehetővé tette a májbetegek rutinszerű diagnosztikus és terápiás endoszkópos ellátását. Ez a manapság gyakori feladat magas technikai felkészültséget, összehangolt csapatmunkát igényel az endoszkópos laboratóriumokban. A májbetegek tudatállapota gyakori figyelembe veendő szempontja a vizsgálatoknak, másfelől a szedálására a máj megváltozott gyógszer-metabolizmusa miatt a szokásos szedatívum dózisok nem alkalmazhatók. Kompenzált májcirrózis esetén a propofol biztonságosabbnak bizonyult, mint a midazolam, mert kevésbé indukál encephalopathiát. Gyakorlatunkban fontosnak tartjuk a légutak védelmét, a varix-vérzéssel jelentkező, instabil állapotú betegek sürgős endoszkópos vizsgálata során, ami intézetünkben az SBO intenzív részlegén történik. A súlyos coagulopathia és thrombocytopenia korrekciót igényel. Vérzés ellátása ligációs gyűrűk felhelyezésével történik, majd a visszerek teljes eradikációja céljából ezt a beavatkozást 2-3 havonta ismételjük. A gyomor fornixban elhelyezkedő vérző visszerek ellátására szövetragasztót használunk. A gyomorban a portális hipertensio következtében kialakuló vérző nyálkahártya elváltozások (PHG, GAVE) kezelésére arogon-plazma coagulációt alkalmazunk. A nem típusos visszértágulatok azonosításában az endoszkópos ultrahang, illetve a Doppler-vizsgálat áll rendelkezésünkre. Primer sclerotizáló cholangitis esetén az ERCP-t diagnosztikus, a strikturák ballonos tágítása vagy sztentelése kapcsán pedig terápiás célból végezzük; a cholangiocarcinoma diagnózisában a kefecitológia segít. Jól ismert, hogy a májbetegek közel felében rectalis visszértágulatok találhatók, amelyek szerencsére ritkán, de életveszélyes vérzést is okozhatnak. Kevésbé ismert, hogy a portális hipertensio a betegek közel egy negyedében colonopathiát okoz. Intézményünkben májtranszplantált betegeket is gondozunk, akiknek endoszkópos vizsgálata speciális szempontok szerint történik.

#### 117

### TELJES GENOM METHYLACIÓS SZEKVENÁLÁS VASTAGBÉL DAGANATOKBAN: A VASTAGBÉL DAGANAT MUTÁCIÓS GÉNEK ÉS FORRÓPONTOK (APC, P53, B-CATENIN, KRAS) DNS METHYLACIÓS MEGELŐZŐ ELVÁLTOZÁSAI

Molnár B.<sup>1</sup>, Péterfia B.<sup>1</sup>, Wichmann B.<sup>1</sup>, Patai Á.<sup>1</sup>, Galamb O.<sup>1</sup>, Kalmár A.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, II. Belgyógyászati Klinika<sup>1</sup>

**Háttér:** A vastagbél adenoma-dysplasia-daganat kialakulása során sporadikusan és randomizáltan lépnek fel DNS mutációk. A gének promotereiben kimutatható a cizotin nukleotidok DNS metilációja, amely RNS és fehérje expresszió csökkenéshez vezet és megfelelő kezelésre visszafordítható. A DNS metilációs változások a chromatin instabilitásának növelésével spontán mutációt (C-U-T) indukálhatnak kódoló régiókban. **Célkérdés:** Teljes genom DNS metilációs analízissel a promóter szakaszokon túl a kódoló régiók, mutációk által érintett régiók epi/genetikai vizsgálata a vastagbél daganatok kialakulása során párhuzamos mutációs profil meghatározással. Anyag és módszer: 20 normál, 32 adenoma, 17 daganatos biopsziából DNS-t izoláltunk majd 12 gén (APC, B-RAF, b-catenin, EGFR, FBXW7, K-RAS, MSH6, N-RAS, PIK3CA, SMAD2, SMAD4, TP53) 32 mutációs pontját szekvenáltuk (Roche Junior). Teljes genom metilációs analízist végeztünk el ezekből a mintákból (Illumina HiSeq2200). Azonosítottunk adenomákra és daganatokra 100%-san jellemző promóter metilációs elváltozásokat. Ezek után a 12 gén teljes hosszának (promóter és kódoló szekvencia) metilációs analízisét végeztük el. **Eredmények:** Mutációkat az adenomák 76, daganatok 78%-ában azonosítottunk. Az átlagos mutációs szám 1,8, 1,9 és 2,3

volt, az adenoma, dysplasia, daganat szekvenciában. Az APC gén mutációi gyakoribbak voltak adenomákban (36%vs.24%), mint carcinomákban. A leggyakrabban mutált gének az APC (24%), TP53(47%), K-Ras (45%) voltak a daganatokban. P53 és APC mutáció egyszerre sosem fordult elő. DNS metylációt több száz génben azonosítottunk, melyek az adenomák és daganatok 100%-ában előfordultak pl. a Wnt szignál transzdukciós jelútvonalban. A 12 mutációs gén közül promóter metylációs elváltozást tudtunk azonosítani az APC, TP53, K-RAS, PIK3C,N-RAS, b-catenin génekben. Ezen gének kódoló szakaszain hypomethyláció/ hypermethyláció is megfigyelhető volt. A mutációs pontokon és azok környezetében hypermethyláció volt azonosítható már adenomákban is, mutációk nélkül. **Diszkusszió** : A metylációs elváltozások hyper- és hypo- formában érinthetik a vastagbél daganat kialakulásához szükséges gének promóter és kódoló szakaszait. Ezek már korán megjelennek , majd a DNS kódoló szakaszok instabilitásával mutációhoz vezethetnek.

118

#### DIAGNOSTIC PRACTICE IN PEDIATRIC PANCREATITIS. A MULTICENTRE REGISTERED CLINICAL TRIAL (PINEAPPLE-R - PAIN IN EARLY PHASE OF PEDIATRIC PANCREATITIS)

Mosztbacher D.<sup>1</sup>, Pánczky A.<sup>2</sup>, Zsoldos F.<sup>2</sup>, Tóth A.<sup>3</sup>, Demcsák A.<sup>3</sup>, Illa V.<sup>4</sup>, Abu El Haija M.<sup>5</sup>, Szabó F.<sup>5</sup>, Tokodi I.<sup>6</sup>, Bakó K.<sup>7</sup>, Fehér B.<sup>7</sup>, Tóth G.<sup>1</sup>, Bereczki C.<sup>3</sup>, László N.<sup>2</sup>, Bognár Zs.<sup>2</sup>, Decsi T.<sup>8</sup>, Guthy I.<sup>9</sup>, Szentesi A.<sup>10,11</sup>, Hegyi P.<sup>11,12</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, János Balassa County Hospital, Department of Pediatrics, Hungary<sup>1</sup>, Heim Pál Children's Hospital, Hungary<sup>2</sup>, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, University of Szeged, Hungary<sup>3</sup>, Dr. Kenessey Albert Hospital, Department of Pediatrics, Balassagyarmat, Hungary<sup>4</sup>, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, United States<sup>5</sup>, Department of Pediatrics, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary<sup>6</sup>, Department of Pediatrics, University of Debrecen, Hungary<sup>7</sup>, Department of Pediatrics, University of Pécs, Hungary<sup>8</sup>, Szabolcs-Szatmár-Bereg County Hospitals, Jósa András University Teaching Hospital, Nyíregyháza, Hungary<sup>9</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary<sup>10</sup>, Institute for Translational Medicine & 1st Department of Medicine, University of Pécs, Hungary<sup>11</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary<sup>12</sup>

**Background:** The documented incidence of pediatric pancreatitis (PP) is very low, less than 1/100,000 in almost all European countries, whereas it is around 3.6-13.2/100,000 in the USA and Australia. **Aim:** Our aim is to understand the diagnostic practice in the USA and Europe. **Patients & methods:** PINEAPPLE-R is a registered (ISRCTN35618458), observational, multinational clinical trial. Prestudy protocol already published (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26641250>). Patients under 18 years presenting with abdominal pain at emergency and surgical units were included. Information on patients concerning their clinical symptoms, results of imaging and pancreatic enzyme measurements (PEM) were collected retrospectively. One American and eight Hungarian centres were involved. The details of the study are available at <http://pancreas.hu/en/studies/pineapple>. Until now 23644 patient records of nine pediatric health care centres were collected. **Results:** We analysed and compared 11733 American and 11911 Hungarian patients data. All together, 8,3% (1970/23644) of the patients appearing at ER unit had abdominal pain. The incidence of abdominal pain was 6,2 % in the USA whereas 10,4 % in Hungary. The rate of the transabdominal ultrasonography was similar in the USA and in Hungary (28,2 % vs. 31,2%). However, concerning PEM, 8-times more measurement were performed in the USA than in Hungary (21,6% (157/728) vs 2,8 % (35/1242)). Not surprisingly the incidence of pancreatitis was 6,9 times higher in the USA (4/728) than in Hungary(1/1242). **Conclusion:** The PINEAPPLE-R clearly shows that the number of PEM performed at ER units are unacceptably low in children

which could be the reason of low incidences of PP. The diagnoses of PP correlates with PEM.

119

#### HAZAI GYERMEKKORI IBD REGISZTER - HUPIR - PROSPEKTÍV KÖVETÉS ELSŐ TAPASZTALATAI

Müller K.<sup>1</sup>, HUPIR G.<sup>2</sup>, Veres G.<sup>1</sup>, I.sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem<sup>1</sup>, Magyar Gyermekgasztroenterológusok Társasága<sup>2</sup>

**Bevezetés:** A hazai Gyermekkori Gyulladásos bélbetegségek regiszterében 2010 óta követjük prospektíven évenként a regisztrált gyermekeket. Az alábbiakban a 2010-ben regisztrált betegek öt év első 5 éves követésének első tapasztalatait összegezzük. **Módszerek:** Országos lefedettségű, prospektív regiszter, melybe az újonnan diagnosztizált, 18 év alatti gyulladásos bélbetegségben szenvedő gyermekeket vonjuk be. A HUPIR működésében 27 gyermek gasztroenterológiai központ vesz részt. Rögzítjük a gyermekek demográfiai adatait, a kezdeti lokalizációt, aktivitást, terápiát. 010 óta évenkénti prospektív követés zajlik, mely során rögzítjük a relapszusok számát, bekövetkező műtéteket, újonnan jelentkező extraintesztinális manifesztációkat, egyéb szövődeményeket, aktuális terápiát, antropometriai adatokat. **Eredmények:** Az elmúlt 5 év során mintegy 850 gyermek került be az adatbázisba, 2010-ben 147 gyermeket regisztráltunk (96 CD, 37, UC, 14 IBD-U) Az 5 éves kontroll idejére 5 gyermek (3,4%) diagnózisa lett a követés során nem IBD, 12 gyermek (8,1%) túnt el a gondozók szeme elől, és 51 beteg (34%) került át felnőtt gondozásba. Jelenleg még nem fejeződött be az 5. éves adatok rögzítése (mintegy 40 gyermektől várunk még visszajelzést). A diagnózisok az átlag életkor 13,6 év volt, 77 gyermek fiú (52%). Az 5 év során a Crohn-betegek 46%-ánál (44/96), a colitis ulcerosások 57%-ánál (21/37), az IBD-U-ként diagnosztizált betegek 78%-ánál (11/18) regisztráltunk relapszust. Biológiai terápiát összesen az 5 év alatt 21 Crohn-beteg gyermeknél alkalmaztunk (22%). Közülük 8-an kapták több mint egy éven át folyamatosan. A követés során 3 UC-s gyermek kapott biológiai terápiát. Az 5. év végére 10 Crohn-beteg gyermeknél (9,5%) történt sebészi beavatkozás (stoma felhelyezés, rezekció), colitis ulcerosás gyermeknél nem történt műtéti beavatkozás. **Következtetés:** Az adatfeldolgozás szempontjából komoly problémát jelent, hogy a követett betegek jelentős része eléri a felnőttkort, illetve eltűnik a gondozók szeme elől. Az elsődleges eredmények az irodalmi adatokkal megegyező lefolyást tapasztaltunk. Hazai terápiás gyakorlat bizonyos tekintetben eltér a nemzetközi trendektől – kevesebb kizárólagos enterális táplálás, biológiai terápia – azonban a Crohn-betegség kezelési stratégiája hazánkban is jelentősen változott az elmúlt években.

120

#### COMPARATIVE MIRNA PROFILING IN PARALLEL COLORECTAL BIOPSY AND PLASMA SPECIMENS

Nagy Z.<sup>1</sup>, Wichmann B.<sup>2</sup>, Kalmár A.<sup>1</sup>, Barták B.<sup>1</sup>, Galamb O.<sup>2</sup>, Tullassy Z.<sup>2</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest<sup>2</sup>

**Background:** MicroRNA has been found to play critical role in colorectal adenoma-carcinoma sequence. Recently, miRNA specific high throughput arrays became available to detect promising miRNA expression alterations even in colorectal cancer (CRC). While miRNA expression markers are well characterized in tissue, less is known about miRNA expression profiles in plasma samples. **AIMS:** The purpose of this study was to identify miRNA expression patterns between normal colonic (N), tubular adenoma (ADT), tubulovillous adenoma (ADTV) and colorectal cancer (CRC) plasma samples. Furthermore, our aim was to analyze the expression level of miRNA in matched tissue samples. **Methods:** Sixteen peripheral plasma samples and matched tissue biopsy samples (normal [N] n=4 tubular adenoma [ADT]n=4; tubulovillous adenoma [ADTV] n=4; colorectal cancer [CRC]n=4) were also selected and total RNA included miRNA was isolated. Matched miRNA microarray experiments were conducted by GeneChip® miRNA 3.0

Array (Affymetrix). RT-qPCR (microRNA Ready-to-use PCR Human Panel I+II; Exiqon) was used for validation. **Results** :Out of the 1733, the detectable number of miRNA, which could be found in each group was; N=306, AD=334, CRC=321. Four miRNA (miR-4315, -519e, -4257, -4253) showed altered expression between normal CRC groups in plasma. Expression of miR-4257 and miR-4253 are downregulated in CRC tissue samples moreover concentration of these miRNAs showed upregulation in CRC compared to normal plasma pairs. MiR-4315 and miR-519e are downregulated in both sample types in case of CRC, though higher expression was observed in normal plasma pairs. MiR-1972 was also selected and upregulation (logFC=0,5) in CRC was confirmed by RT-PCR in plasma furthermore positive correlation was observed in tissue. MiR-2116 and miR-548p were upregulated only in tubulovillous adenoma compared to normal and tubular adenoma in plasma in contrast to tissue with a low concentration. Four miRNA were upregulated, three miRNA were downregulated in neoplastic lesions compared to normal in plasma, downregulated candidates showed upregulation in tissue pairs. **Conclusion**: miRNAs were also found in peripheral blood system in a lower concentration compared to tissues. . Systematic changes could be observed in different stages. Circulating miRNAs of plasma could have a clinical significance in detection of neoplastic alterations.

121

### ÖRÖKLETES HASNYÁLMIRIGY-GYULLADÁSRA HAJLAMOSÍTÓ MUTÁCIÓK HATÁSA EGÉR TRIPSZINOGÉNEKBE

Németh B.<sup>1</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>1</sup>, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, Boston, MA, USA, 02118<sup>1</sup>

**Bevezetés:** Az örökletes hasnyálmirigy-gyulladásra hajlamosító PRSS1 mutációk kimotripszin C (CTRC) jelenlétében a humán kationos tripszinogén pancreason belüli, gyors aktivációjáért felelősek. A leggyakoribb humán pancreatitis-re hajlamosító p.R122H mutáció nem felelős az egér tripszinogének felgyorsult aktivációjáért, mivel az egér Ctrc a humán CTRC-től eltérő módon szabályozza az egér tripszinogének autoaktivációját. Ezért olyan egér tripszinogén mutánsokat kell terveznünk, amelyek utánozni képesek az emberi pancreatitist kialakító mutációk hatását egér tripszinogénben. Ismert, hogy a humán kationos tripszinogén aktivációs peptidjét megváltoztató, örökletes pancreatitis-re hajlamosító mutációk (p.D19A p.D22G, p.K23R) CTRC jelenlététől függetlenül növelik az autoaktiváció sebességét. **Célkitűzés:** A T7 egér tripszinogén p.D19A, p.D20A, p.D23A, p.D23del és p.K24R mutánsainak biokémiai vizsgálata. **Módszerek:** Az egér tripszinogéneket és Ctrc-t rekombináns módon expresszáltuk. A tripszinogén autoaktivációt enzimaktivitás-méréssel és SDS poliakrilamid gélelektorforézissel vizsgáltuk. Transzfektált HEK293T sejtvonalon tanulmányoztuk az egér T7 tripszinogén mutánsok expresszióját. **Eredmények:** A p.D23A mutáció a T7 egér tripszinogén autoaktivációját különösen nagy mértékben, kb. 50-szeresére növelte. A p.K24R és p.D23del mutációk 3,5-szeresére, illetve 3-szorosára növelték az autoaktiváció sebességét. Az egér Ctrc a p.D23del mutáns autoaktivációjának sebességét kb. felére csökkentette, míg a többi mutáns autoaktivációjára nem volt jelentős hatással. A p.D23A mutáns HEK293T sejtekben történő expressziója a rendkívül gyors autoaktiváció miatt alig mérhető, míg a többi vizsgált mutáns expressziója a vad típusával összemérhető. **Következtetések:** A p.D23A és p.K24R mutációk a T7 egér tripszinogén autoaktivációját a humán kationos tripszinogénben tapasztalt hatáshoz hasonlóan növelték, ezért e mutációk alkalmasak lehetnek az emberi örökletes hasnyálmirigy-gyulladást utánozó állatmodell kifejlesztésére.

122

### LIVER TRANSPLANTATION IN HUNGARIAN WILSON'S DISEASE PATIENTS

Németh D.<sup>1</sup>, Folhoffer A.<sup>1</sup>, László S.<sup>1</sup>, Krolopp A.<sup>1</sup>, Kóbori L.<sup>2</sup>, Görög D.<sup>2</sup>, Fazakas J.<sup>2</sup>, Máthé Z.<sup>2</sup>, Gerlei Z.<sup>2</sup>, Szalay F.<sup>1</sup>, 1st Depart-

ment of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, Department of Transplantation and Surgery, Semmelweis University, Budapest<sup>2</sup>

**Background** Wilson's disease (WD) may be presented as any form of liver diseases. In case of acute liver failure (ALF) urgent liver transplantation (LTX) may be the only life-saving solution. On the other hand end-stage liver disease may require LTX as well. WD is the cause of LTX in 0.5-1% of LTXs worldwide. More than half of these patients had been transplanted for ALF. **Methods** We have registered 231 WD patients at the 1st Dept. of Internal Medicine of Semmelweis University. The data of the 21 transplanted patients has been analysed retrospectively. The diagnosis of WD was based on the international score system. The ALF diagnosis corresponded to the King's College criteria. Liver transplantations had been performed at the Dept. of Transplantation and Surgery of Semmelweis University, in 1996 for the first time. **Results** 9.1% (21/231) of the WD patients underwent liver transplantation (mean age 24 years, F/M=13/8). 12 patients had acute liver failure requiring LTX and 9 had decompensated liver cirrhosis. 1 ALF patients needed retransplantation because of chronic rejection. Patients with ALF were younger than patients with chronic liver disease (20 vs 30 years respectively), and more female patients were among them (F/M=8/4 vs 5/4 respectively). Three ALF patients were transplanted via Eurotransplant, and one required MARS therapy as bridging treatment prior to the operation. The mean time on the waiting list was 3 vs 289 days. Overall 8 patients died after the surgery (4 ALF and 4 decompensated patients). Most patients died of sepsis in the first two months. The 5 year survival was 63%. This result may be the consequence of the small number of cases as well as the 'learning curve' of the first years, since most patients (6 out of 8) has been transplanted prior to 2002. 18 patients were transplanted for diagnosed WD, in 3 cases the underlying disease was diagnosed only after the LTX. Each patient had liver cirrhosis at the time of LTX even the cases with ALF. It means all cases were acute on chronic liver failure. **Conclusions** 9.1% of WD patients had to be transplanted for either ALF or decompensated liver disease. MARS treatment may be effective as bridging therapy. Despite the difficulty of the diagnostics of WD, in most cases the underlying disease was diagnosed prior to the surgery.

123

### THE ROLE OF SMALL-BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY AND DEVICE ASSISTED ENTEROSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF SMALL INTESTINAL MALIGNANT TUMORS. A SINGLE CENTER EXPERIENCE.

Novák J.<sup>1</sup>, Rácz B.<sup>1</sup>, Crai S.<sup>1</sup>, Vágó A.<sup>1</sup>, Fazekas I.<sup>1</sup>, Szalai L.<sup>1</sup>, Ilyés S.<sup>1</sup>, Bordás L.<sup>1</sup>, Gurzó Z.<sup>2</sup>, Lichtenstein-Zábrák J.<sup>3</sup>, Békés County Central Hospital, Dept. of Gastroenterology, Gyula, Hungary<sup>1</sup>, Endoscopic Labor<sup>2</sup>, Pathology<sup>3</sup>

**Background:** Small intestinal tumors (SBT) are rare, accounting for only 1-3% of all gastrointestinal neoplasms. However, the introduction of capsule endoscopy (CE) and device assisted enteroscopy (DAE) has led to increased detection rates of small bowel tumors, which are identified with higher frequency in patients with obscure gastrointestinal bleeding (OGIB). The aim of this study was to assess the importance of CE in the diagnosis of small bowel tumors and analyze the cases results, in our center. **Patients and Methods:** In our department, between 2011 - 2015, 98 patients (58 females, 40 males, mean age 67.2 ± 12.8 years) underwent CE. The indication for CE was obscure gastrointestinal bleeding. Before CE all patients had undergone negative upper endoscopy and colonoscopy. In 8 patients we found lesions suggesting SBT at CE. These patients data were worked-up: as a clinical presentation, laboratory results, small bowel follow-through, DAE, scintigraphy, CT-enterography, histological confirmation and management. **Results:** From 98 patients only in 8 patients were detected lesions suggesting SBT at CE (8,1%). 5 potential malignant and 3 submucosal tumor (SMT) with normal overlying mucosa. After CE, 4 patients underwent single-balloon en-

teroscropy and biopsies. The histology confirmed, 3 (3,1%) adenocarcinoma (1 after surgery intervention), 1 malignant lymphoma (1,0%) and 1 inflammatory lesions (in this case GIST was proven by high level of Cromagranin-A and Octreotid –Scan). Surgery was performed in 3 patients with bowel adenocarcinoma. Mean follow-up time was  $14 \pm 12$  (range 1-36) months. Two patients died during follow-up. The prevalence of malignant SBT in our study is 5,1% **Conclusions:** CE is the first choice for diagnostic investigation in patients suspected to have SBTs. In patients with positive finding at CE, device assisted enteroscopy is recommended.

## 124

#### EFFICACY AND SAFETY OF INJECT AND SNARE TECHNIQUE WITH OR WITHOUT PROPHYLACTIC HEMOCLIPP APPLICATION FOR ENDOSCOPIC POLYPECTOMY OF LARGE COLONIC POLYPS

Oczella L.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>2</sup>, Berczi L.<sup>3</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>, Szepes A.<sup>2</sup>, Endo-Kapszula Endoscopic Laboratory, Székesfehérvár<sup>1</sup>, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét, OMCH Endoscopic Laboratory<sup>2</sup>, Pathology Department of Toldy Ferenc County Hospital<sup>3</sup>

**Introduction:** It has been demonstrated that there is a higher risk of post-polypectomy bleeding with polyps larger than 10 mm, ranging from 2% to 24%. In large prospective, randomized studies it has been proved that prophylactic submucosal injection of epinephrine can prevent post-polypectomy bleeding. However, scientific data regarding the prophylactic application of hemoclips are rather conflicting. The aim of our present study was to analyse the efficacy and safety of endoscopic polypectomy with the application of inject and snare technique in large colonic adenomas. **Methods:** We included all consecutive patients during the last two years who underwent endoscopic polypectomy for sessile, flat or pedunculated colonic polyps larger than or equal to 10 mm in our endoscopy unit. All of the colonoscopic procedures were made under Propofol deep sedation guided by an anesthesiologist. Fujinon EC530 colonoscopies were routinely used with pure CO<sub>2</sub> insufflation. For prophylactic polyp under injection, we applied 10-40 ml of 1:10000 saline-adrenaline solution with Finemedix Clear Jet injection catheter FM-E003. Prophylactic clips (Olympus EZ reusable rotatable clip 7,5 mm long and 135° of jaw angle) were used after polypectomy to prevent thermal injury and PPS. **Results:** Patients mean age was 56,5±12,6 years. Polyps sizes ranged between 10 mm and 30 mm with an average size of 14,3±5,2 mm. Out of 21 polypectomies, 18 mucosectomy, and one hybrid ESD, 34 polyps (85%) were located to the left, and the remaining 6 (15%) to the right colon. Out of 40 polyps, we classified 21 as pedunculated (53%), 13 sessile (32%), and 6 flat (LST) (15%). Inject and snare technique was applied in 90% of all procedures, whereas in 50% of all cases prophylactic hemoclips were also used with an average number of 2,7±1,9 clips per patient. Histopathology confirmed that 90% of all removed polyps were adenomas, with 20% of severe dysplasia and 10% of intramucosal cancer. R0 resection was achieved in 97,5%, and en-block polypectomy in 90% of all procedures. One delayed post-polypectomy bleeding (2,5%) was detected and successfully treated with repeated endotherapy, but no colonic perforation occurred. During the follow-up, two local recurrences (5%) were documented. **Conclusions:** The inject and snare polypectomy technique with or without prophylactic clipping is a safe and effective endoscopic procedure with a low risk of complications. Inject and snare polypectomy, mucosectomy, and hybrid ESD also ensures high en-block and R0 resection rates and low chance of local recurrences, therefore, routine application of these methods for difficult polypectomy is reasonable.

## 125

#### VÉKONYBÉL CROHN, VAGY MÉGSEM?

Orbán-Szilágyi Á.<sup>1</sup>, Pálinkás D.<sup>1</sup>, Iványi A.<sup>2</sup>, Sándor J.<sup>3</sup>, Hollósi M.<sup>4</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Lestár B.<sup>2</sup>, Jäckel M.<sup>4</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>, Gasztroenterológiai Osztály, MH EK Honvédkórház, Budapest<sup>1</sup>, Általános Sebészeti Osztály, MH EK Honvédkórház, Budapest<sup>2</sup>, Radiológia,

MH EK Honvédkórház, Budapest<sup>3</sup>, Pathológia, MH EK Honvédkórház, Budapest<sup>4</sup>

A 34 éves férfibeteg kivizsgálását 8 éve változó intenzitású hurutos hasmenés, gyorsult süllyedés, emelkedett CRP és vashiány miatt kezdték meg más intézményben. CT enterographia ileitis terminalis alapos gyanúját vetette fel. Colonoscopia és szövettani mintavétel nélkül Crohn-betegség diagnózisát állították fel. 5-ASA és budesonid kezelést indítottak, melyet a tartós tünetmentesség elérése után elhagytak, ismételt panaszokat követően Medrol lökésterápia után újból bevezettek. 2011 őszén haematochesia miatt colonoscopyt végeztek, mely során aranyerességen kívül a terminális ileum és a colon makroszkóposan épek bizonyult. A terminális ileumból vett minta histológiai vizsgálata megtartott vékonybél nyálkahártyát, a submucosában enyhe fibrosist, a lamina propriaában kissé cellularisabb szöveti képet írt le gyulladás nélkül. Hosszabb tünetmentes időszak után 2015 decemberében kiújultak panaszai, melyek a megemelt dózisu 5-ASA és budesonid kezelés mellett rosszabbodtak így Medrol lökésterápiát kezdtek, ami azonban érdemi változást nem hozott, súlyosbodó jobb alhasi fájdalom miatt Imuran kezelést indítottak.

2016 márciusában köldök körüli görcsös hasi fájdalommal, gyúrással, hányingerrel, hányással, széklethabitus változással került Osztályunkra. Fizikális vizsgálata során jobb alhasi konglomerátum volt tapintható, natív hasi röntgen subileus képét mutatta. Hasi UH vizsgálat a tapintható képletnek megfelelően vastag falú vékonybélkacsot, passage zavart ábrázolt. Kórházunkba kerülése 2. napján CT enterographia az ileum-jejunum határán invaginációt és vékonybél ileust okozó kb. 5 cm-es intraluminalis, éles szélű hypodens képletet mutatott.

A sürgős műtét során az ileum első harmadában a bél kb. 20 cm hosszan invaginálódott, melynek közepén egy kb. tojásnyi intraluminalis tumor volt tapintható. Segmentális vékonybél resectioval a tumort eltávolították. Szövettani és az immunhisztokémiai vizsgálata közepes kockázatú gastrointestinalis stroma tumort (GIST) igazolt. Egy hónappal a műtétet követően a beteg panaszmentes. Betegünknek a Crohn-betegség diagnózisát a klinikum és egy bizonytalan CT vizsgálat alapján állapították meg. 8 éve szövettani alátámasztás nem történt, az egy alkalommal végzett colonoscopia negatív volt. A beteg ennek ellenére éveken át kapott visszatérő panaszaira IBD-nek megfelelő kezelést, még immun-suppressziót is, míg kiderült a háttérben álló GIST. Bizonytalan IBD esetén időnként javasolt a diagnózis újragondolása.

## 126

#### A PLASMAPHERESIS SZEREPE EXTRÉM HYPERTRIGLICERIDAEMIA TALAJÁN KIALAKULT AKUT PANCREATITIS KEZELÉSÉBEN

Orentsák Á.<sup>1</sup>, Belopotoczky G.<sup>1</sup>, Pártos G.<sup>1</sup>, Arányi J.<sup>2</sup>, Haris Á.<sup>2</sup>, Penyige J.<sup>1</sup>, Sike R.<sup>1</sup>, Demeter P.<sup>1</sup>, Szent Margit Kórház, Gasztroenterológia, Budapest<sup>1</sup>, Szent Margit Kórház, Nephrológia, Budapest<sup>2</sup>

A szerzők egy 41 éves, számos rizikófaktorral rendelkező nőbeteg esetét mutatják be, akinél szekunder, extrém fokú - 100 mmol/l feletti - hipertrigliceridémia következtében kialakult pancreatitis zajlott.

A pancreatitis adekvát kezelése, a diabeteses anyagcserezavar rendezése, a mikrocirkuláció javítása és a hipertrigliceridaemia plazmaferézissel történő korrekciója a klinikum gyors javulását és a pancreatitis gyors regresszióját eredményezte.

A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a hipertrigliceridaemia okozta pancreatitis esetében a kezelés komplex szemlélete, a korai plazmaferesis megelőzheti a nekrosis kialakulását és a kórkép súlyos vagy fatális klinikai kimenetelét.

## 127

#### AZ EPEKŐILEUS DIAGNOSZTIKAI NEHÉZSÉGEINEK BEMUTATÁSA EGY ESET KAPCSÁN

Pálfi E.<sup>1</sup>, Chamdin S.<sup>1</sup>, Dabi Á.<sup>1</sup>, Takács R.<sup>1</sup>, Bánász Z.<sup>2</sup>, Völgyes B.<sup>3</sup>, Hamvas J.<sup>1</sup>, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest<sup>1</sup>, Sebészeti Osztály, Bajcsy-Zsilinszky Kórház,

Budapest<sup>2</sup>, Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest<sup>3</sup>

**Bevezetés:** Az epekő okozta bélelzáródás az epekövesség ritka szövődményei közé tartozik, mely főként a női nemet, valamint az idősebb korosztályt (65 év felett) érinti és az összes ileusos eset 1-3 %-át teszi ki. Az epekő a ductus choledochuson és Vaterpapillán át vagy biliodigestív sipolyon keresztül jut a béltraktusba, ahol továbbhaladása során intermittáló panaszokat okozhat, valamint súlyos esetben távoli bélperforáció alakulhat ki. **Esetismertetés:** B.S. 81 éves nőbeteg kórelőzményében epekövesség, érelmeszesedés, cukorbetegség, magas vérnyomás és degeneratív mozgásszervi betegségek szerepelnek. 2016.01.21-én görcsös hasi fájdalom és hányás miatt vizsgálták kórházunk sürgősségi osztályán. Az elvégzett vizsgálatok alapján felmerült ileus vagy mesenterialis thrombosis gyanúja, ezért a felvételes kórház sebészeti osztályára szállították. Urgens hasi CT vizsgálat mesenterialis thrombosisát, passage zavart, illetve szabad hasi levegőt nem mutatott, azonban a duodenum horizontális szakaszán konglomerátum gyanúját írta le. Obszervációja során hasi panaszai konzervatív terápia mellett mérséklődtek, passage-a beindult, ezért további kivizsgálás céljából osztályunkra helyezték. Felső panendoscopia vizsgálat során a gyomorban és patkóbélben kis mennyiségű epés gyomortartalom volt látható, mely gyomorürülési zavar lehetőségét vetette fel. Bentfekvése másnapján hirtelen éles, diffúz hasi fájdalom jelentkezett, hasa meteoristicussá vált, majd a radiológiai vizsgálatok megkezdése előtt légzési és keringési elégtelenség lépett fel. Intenzív osztályos stabilizálást követően sürgős sebészeti feltárás történt, mely során súlyos diffúz, epés-fibrines peritonitist találtak, a jejunumban epekő okozta perforáció igazolódott, az érintett bélszakaszt rezeálták. A beteg a műtétet követő éjszaka septicus shock következtében elhunyt. **Megbeszélés:** Anamnézisben szereplő epekövesség és gyomorürülési zavar vagy intermittáló hűdéses panaszok esetén mindig gondoljunk epekőileus lehetőségére. A betegek előrehaladott életkora és ebből kifolyólag fennálló számos társbetegség miatt a kórkép mortalitása igen magas (4,5-25%).

128

#### FLUID AND HCO<sub>3</sub>- SECRETION AND CFTR ACTIVITY ARE INHIBITED BY CIGARETTE SMOKE EXTRACT IN GUINEA PIG PANCREATIC DUCTAL CELLS.

Pallagi P.<sup>1</sup>, Venglovecz V.<sup>2</sup>, Tóth K.<sup>1</sup>, Schnúr A.<sup>1</sup>, Tóth E.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>1</sup>, Csupor D.<sup>3</sup>, ifj. Rakonczay Z.<sup>4</sup>, Csekő K.<sup>5</sup>, Helyes Z.<sup>5</sup>, Hegyi P.<sup>6</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged<sup>2</sup>, Department of Pharmacognosy, University of Szeged<sup>3</sup>, Department of Pathophysiology, University of Szeged<sup>4</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Pécs<sup>5</sup>, Institute for Translational Medicine & 1st Department of Medicine, University of Pécs<sup>6</sup>, MTA-SZTE Translational Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary<sup>7</sup>

**Introduction & Aim:** Smoking represents an independent risk factor for the development of chronic pancreatitis (CP). It is well documented that secretion of pancreatic ductal alkaline fluid (which is regulated mostly by anion exchangers and CFTR) is diminished in CP. In this study, we would like to understand whether smoking has any effects on pancreatic ductal fluid and HCO<sub>3</sub>-secretion. **Methods:** Guinea pigs were exposed to cigarette smoke four times a day for 30 min for 6 weeks. The expression of CFTR was analysed by immunohistochemistry. Intra/interlobular pancreatic ducts were isolated from guinea pig pancreas. Cigarette smoke extract (CSE) was prepared by smoking of 15 cigarettes into 10 ml distilled water by a smoking machine. Three different concentrations (20, 40 and 80 µg/ml) were diluted using the stock solution. Intracellular pH was evaluated by microfluorimetry. Basal and forskolin-stimulated fluid secretion was measured by video microscopy. CFTR currents were detected by whole cell configuration of patch clamp technique. **Results:** Cigarette smoking significantly diminished the expression of CFTR and the fluid and HCO<sub>3</sub>- secretion in guinea pig pancreas. 40 µg/ml CSE decreased HCO<sub>3</sub>- secretion via inhibition of Cl-

/HCO<sub>3</sub>- exchanger activity. CSE dose-dependently decreased forskolin-stimulated fluid secretion in guinea pig pancreatic ducts and forskolin-stimulated Cl- current of CFTR Cl- channel (20 µg/ml by 44.5 %, 40 µg/ml by 69.3 % and 80 µg/ml by 81.3%). **Conclusion:** Cigarette smoking and CSE inhibits pancreatic ductal fluid and HCO<sub>3</sub>- secretion and the activity of CFTR which may play role in the smoke-induced pancreatic damage. This study was supported by OTKA, MTA and TÁMOP.

129

#### JEJUNAL OR NASOGASTRIC ENTERAL FEEDING IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS. EVIDENCE BASED MEDICINE OR LIMITED HUMAN RESOURCES?

Pap Á.<sup>1</sup>, Szinku Z.<sup>1</sup>, Haragh A.<sup>1</sup>, Hunyady B.<sup>1</sup>, Gastroenterologia, Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár<sup>1</sup>

Jejunal nutrition revolutionized management of severe acute pancreatitis as claimed by the revised Atlanta classification proposing delayed, non-invasive interventions instead of aggressive surgery. Endoscopic interventions as sphincterotomy in proven biliary obstruction and/or cholangitis followed by jejunal tube placement became the treatment of choice in biliary pancreatitis but even in alcoholic or metabolic severe acute pancreatitis endoscopic placement of feeding tube into the 2.-3. loop of jejunum is the best way to put pancreas at rest with gut-rousing, optimal peristalsis and nutrition at the same time. Shortage in endoscopic capacity and pathophysiologic knowledge suggested nasogastric tube placement instead of jejunal, although Takács, then O'Keefe demonstrated minimal CCK-release and pancreatic secretion (with sustained enzyme synthesis) in response to jejunal feeding at 60 cm after ligation of Treitz. Three randomized studies demonstrated non-inferiority of gastric enteral feeding but both the gastric and jejunal route resulted in high mortality (18.5-33%). There was a trend of increasing infectious complications, surgery and mortality with gastric tube even in the only study (Singh 2012) with radiologically confirmed place of jejunal tube. More than 6-10% mortality with continuous jejunal feeding may indicate technical failure or other complication as demonstrated in the PROPATRIA study (6 vs 16%) in response to probiotics. Indeed, complications, pain and amylase elevations frequently indicate migration of jejunal tube to the duodenum as occurred in our last patient with alcoholic necrotic pancreatitis. The acute necrotic fluid collection presented with progressive jaundice during malposition of jejunal tube but recovered in 2 weeks after replacement of the tube into the 3. loop of jejunum with continuous nutrition. **Conclusion:** Non-inferiority of gastric enteral feeding as compared to the continuous jejunal nutrition might be an indicator of malplacement or remigration of the tube in the control group which is rare with gastric tube. More distal placement of the tip of a soft jejunal tube with supplementary lateral hole can prevent migration and progression of pancreatitis. Pancreas rest and gut-rousing are equally important for prevention of SIRS, complications and early as well as late mortality in severe pancreatitis.

130

#### FIBROSCAN CAN OVERESTIMATE LIVER FIBROSIS STAGE IN AUTOIMMUNE HEPATITIS

Par G.<sup>1</sup>, Vincze G.<sup>1</sup>, Pajor L.<sup>2</sup>, Fincsur A.<sup>2</sup>, Vincze A.<sup>1</sup>, Par A.<sup>1</sup>, University of Pécs, First Department of Medicine<sup>1</sup>, University of Pécs, Department of Pathology<sup>2</sup>

Acute liver inflammation can increase liver stiffness so the accuracy of the transient elastography to detect liver fibrosis stage in autoimmune hepatitis (AIH) is not clear. Aim of the study was to measure liver stiffness and compare it with biopsy results in patients with autoimmune hepatitis at the time of diagnosis, and to analyse LS changes during flare up and in remission. **Patients and methods:** Fourteen patients with autoimmune hepatitis had liver stiffness measurements (LSM) by Fibroscan (Echosens) simultaneously with liver biopsy, and 1 and 2 years after immunosuppressive treatment startpoint. 4 AIH patients with long term

remission were also studied. **Results:** LSM measurement overestimated liver fibrosis stage compared to liver biopsy in 36 % of AIH patients. LSM suggested F4 fibrosis stage in higher proportion of AIH patients compared to liver biopsy (43 % vs 21%). ALT was higher in patients with overestimated fibrosis stage. Two years of immunosuppression treatment resulted liver stiffness reduction in 71 % of patients. LS decreased from 15 kPa to 9,7 kPa. 36 % of patients had min. 2 fibrosis stage decrease. Only two cirrhotic patients showed liver fibrosis progression. **Conclusion:** Liver stiffness measurement overestimates liver fibrosis stage at baseline in one third of AIH patients with elevated ALT. Two years immunosuppressive treatment resulted in significant liver stiffness reduction in most of the patients, even in patients with biopsy proven advanced fibrosis. Absence of liver stiffness decrease after immunosuppressive therapy was associated with advanced fibrosis and may reflect high risk for cirrhosis progression and liver related complications.

131

#### THE CRUCIAL IMPORTANCE OF IAP/APA MANAGEMENT GUIDELINE IN ACUTE PANCREATITIS. VALIDATION STUDY ON PROSPECTIVELY COLLECTED HUNGARIAN DATA.

Párniczky A.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>2</sup>, Szentesi A.<sup>2,3</sup>, Balázs A.<sup>2</sup>, Szücs Á.<sup>4</sup>, Mosztbacher D.<sup>5</sup>, Czimmer J.<sup>6</sup>, Sarlós P.<sup>6</sup>, Bajor J.<sup>6</sup>, Gódi S.<sup>6</sup>, Vincze Á.<sup>6</sup>, Illés A.<sup>6</sup>, Szabó I.<sup>6</sup>, Pár G.<sup>6</sup>, Takács T.<sup>2</sup>, Czákó L.<sup>2</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Rakonczay Z. Jr.<sup>2,7</sup>, Izbéki F.<sup>8</sup>, Gervain J.<sup>8</sup>, Halász A.<sup>8</sup>, Novák J.<sup>9</sup>, Crai S.<sup>9</sup>, Hritz I.<sup>10</sup>, Góg C.<sup>11</sup>, Sümegi J.<sup>12</sup>, Varga M.<sup>13</sup>, Bod B.<sup>14</sup>, Hamvas J.<sup>15</sup>, Varga-Müller M.<sup>3</sup>, Papp Z.<sup>3</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>16</sup>, Hegyi P.<sup>17,18</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group; Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>3</sup>, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>4</sup>, Department of Pediatrics, Balassa János Hospital of County Tolna, Szekszárd, Hungary<sup>5</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>6</sup>, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Hungary<sup>7</sup>, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár<sup>8</sup>, Pándy Kálmán Hospital of County Békés, Gyula<sup>9</sup>, Bács-Kiskun County University Teaching Hospital, Kecskemét, Hungary<sup>10</sup>, Healthcare Center of County Csongrád, Makó, Hungary<sup>11</sup>, Borsod-Abaúj-Zemplén County Hospital and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary<sup>12</sup>, Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary<sup>13</sup>, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary<sup>14</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary<sup>15</sup>, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston, USA<sup>16</sup>, Institute for Translational Medicine & 1st Department of Medicine, University of Pécs, Hungary<sup>17</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Hungary<sup>18</sup>

**Background:** The Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG) has established a national registry for prospective data collection of patients suffering from different pancreatic disorders including acute pancreatitis (AP). One of the best accepted guideline in AP is the IAP/APA guideline. Distribution and validation of newly described guidelines are critically important. However, until now validation of the recommendations in cohorts has not been performed yet. **Aims:** The main goals of our study were to 1) analyse the course of AP in a multicentre large prospectively collected cohort and 2) to validate the major recommendations of the IAP/APA evidence-based guidelines for the management of AP. **Methods:** 600 patients were prospectively enrolled from 14 Hungarian center between 1 January, 2013 until 1 January, 2015 organized by HPSG. Diagnosis of the patients were based on the 'A1' recommendation of the IAP/APA guideline. 86 different parameters were collected. Overall 77% of the requested data were completed by investigators. **Results:** The cohort was summarized in 50 statements of 6 main questions (etiology, diagnosis and symptoms, physical examination, imaging, laboratory parameters, complications). Severe AP occurred in 8.8% of the 600 patients. The mortality rate was 28.3% in severe AP. We identified WBC number

above 23G/l, level of CRP above 200 U/l, PCT level above 10 U/l, calcium level below 2 mmol/l U/l and triglyceride level above 40 mmol/l as risk associated factors for severe AP. Three main part of IAP/APA guideline (conservative and endoscopic therapies, interventions) could be validated by the Hungarian cohort. Fluid replacement in the first 24 hours out of the range 1500-3000ml elevates the risk of severe AP with 6.27% and the mortality rate with 2.85%. Antibiotic therapy was administered in 77.1% of our cohort. There were no significant differences neither in mortality nor in severity between the groups of prevention and infection-indicated therapy suggesting that preventive antibiotic therapy is not beneficial. **Conclusion:** The IAP/APA guidelines should be translated to all languages and distributed to all centers where patients suffering from AP are treated. Supported by NKFI and HAS.

132

#### EARLY GENETIC RESULTS FROM A MULTINATIONAL PROSPECTIVE CLINICAL TRIAL ON PEDIATRIC PANCREATITIS (APPLE)

Párniczky A.<sup>1</sup>, Németh B.<sup>2</sup>, Mosztbacher D.<sup>3</sup>, Tóth A.<sup>4</sup>, Demcsák A.<sup>4</sup>, Lásztity N.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>2</sup>, Tóth G.<sup>3</sup>, Szücs D.<sup>4</sup>, Vass N.<sup>4</sup>, Ila V.<sup>5</sup>, Czelez J.<sup>6</sup>, Andorka C.<sup>7</sup>, Veres G.<sup>7</sup>, Guthy I.<sup>8</sup>, Tokodi I.<sup>9</sup>, Gárdos L.<sup>10</sup>, Tomsits E.<sup>11</sup>, Vass I.<sup>12</sup>, Tárnok A.<sup>12</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>13</sup>, Hegyi P.<sup>14,15</sup> on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group; Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Department of Pediatrics, János Balassa County Hospital, Szekszárd, Hungary<sup>3</sup>, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, University of Szeged, Hungary<sup>4</sup>, Department of Pediatrics, Dr. Kenessey Albert Hospital, Balassagyarmat, Hungary<sup>5</sup>, Bethesda Children's Hospital, Budapest, Hungary<sup>6</sup>, First Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>7</sup>, Szabolcs-Szatmár-Bereg County Hospitals, Jósa András University Teaching Hospital, Nyíregyháza, Hungary<sup>8</sup>, Department of Pediatrics, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary<sup>9</sup>, Department of Pediatrics, Zala County Hospital, Zalaegerszeg, Hungary<sup>10</sup>, Second Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>11</sup>, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, University of Pécs, Hungary<sup>12</sup>, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston, USA<sup>13</sup>, Institute for Translational Medicine & 1st Department of Medicine, University of Pécs, Hungary<sup>14</sup>, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged<sup>15</sup>

**Introduction:** Despite of the rising incidence of pediatric pancreatitis (PP) in the last decade, there is still lack of information (studies) concerning the management of childhood onset pancreatitis. Most of the guidelines are based on clinical trials performed on adults. **Aims:** The Pediatric Section of the Hungarian Pancreatic Study Group aimed to initiate a prospective international observational clinical trial (APPLE - Analysis of Pediatric Pancreatitis) (i) to understand the genetic factors of all forms of pancreatitis occurred under 18 (APPLE-R), and (ii) to collect a critical mass of clinical data and biomedical research samples from children suffering from AP (APPLE-P). **Methods/Design:** The study has (i) been discussed and agreed in our latest international meeting (<http://pancreas.hu/sites/info/files/conferences/ALPD2014-Program.pdf>), (ii) received the relevant ethical permission, (iii) been registered at the ISRCTN registry (ISRCTN35618458, ISRCTN89664974) which is a primary clinical trial registry recognised by WHO. The study is open for all centres. All clinical research forms are available at our webpage <http://pancreas.hu/en/studies>. **Results:** APPLE-R: 35 acute (AP), 8 recurrent acute (RAP) and 14 chronic pancreatitis (CP) cases were enrolled yet. Concerning the etiology, biliary and drug-induced 9-9%, trauma, alcohol 2-2% trauma, postERCP and anatomic 5-5%, other 14% were identified however 54% of the cases still remained idiopathic. In 35 cases, genetic analyses of PRSS1, SPINK1, CFTR and CTSC genes have been completed. Genetic alterations in

PRSS1 were found in 4 cases (all CP), in SPINK1 in 6 cases (3 RAP and 3 CP), in CFTR in 1 case (CP) and in CTSC in 18 cases (5 AP, 6 RAP and 7 CP), in 5 CP patients mutations in two genes were observed (3 SPINK1-CTSC, 1 PRSS1-SPINK, 1 CFTR-CTSC. APPLE-P: no data available yet. **Conclusion:** Positive genetic alteration was found in 95% of the idiopathic and 47% of the non-idiopathic groups. Our result suggest that genetic testing should be performed in all children suffering from pancreatitis. The study is still ongoing, more patients are crucially needed.

### 133

#### THE ROLE OF COLONOSCOPY IN CHILDHOOD IN CASE OF BLOODY STOOL CAUSED BY CIRCULATION DISTURBANCE

Pászti I.<sup>1</sup>, Bazsika A.<sup>2</sup>, Varga É.<sup>2</sup>, Gellért S.<sup>2</sup>, Department of Pediatric and Traumatological Surgery of Saint John's Hospital, Budapest<sup>1</sup>, Department of Anesthesiological and Intensive Peridiatric care Unit of Saint John's Hospital, Budapest<sup>2</sup>

We find a diverse reason in childhood behind the bloody stool, essential the rectal examination, to exclude anal mucosa injury. Clostridium difficile, Campylobacter jejuni, a lactalbumin, flour sensitivity may trigger bloody stool likewise. The acute colonoscopy indicated bloody stool with a big quantity in state causing circulation disturbance. If Bauhin valve fresh blood is coming out we suspect at Meckel stomach mucosa may be diverticulum the cause of disease indicating acute laparotomy. (if there is an instrument and the specialist-laparoscopic intervention), in the cause of fulminant expanded colitis it is necessary to start the medical treatment. Harder the situation if two illnesses are ulcerative colitis and Meckel diverticulum can cause bloody stool. In this cases it is to be decided of the strong bleeding coincides to colitis ulcerosa. In the Peutz-Jeghers syndrome the mouse mucosa helps with the diagnosis. From the angioma bleeding agree generally find appearance the skin, on the limb. A 14 year-old girl had a big quantity of blood was coming out through the rectum. The hole colonoscopy diagnosed fulminant ulcerative colitis, didn't have to be operated. A 11 year-old boy in the left colon ulcerative colitis had found, the fresh bleeding with a big quantity in 3 days time then didn't correspond to earlier colitis diagnosis, we had to operate him with Meckel diverticulum. A 6 year-old girl had on acute colonoscopy emptying fresh blood from terminal ileum indicating acute laparotomy with Meckel excision. We made examination under general or laryngeal anesthesia by Olympus video PCF 180 AL instrument. Acute colonoscopy we can't do the classic preparation but the examination important to decide to operation or conservative treatment.

### 134

#### HUMOR-E: MIKROSKÓPOS COLITIS? – PROSPEKTÍV ENDOSZKÓPOS REGISZTER BEMUTATÁSA

Patai Á.V.<sup>1</sup>, Csóka C.<sup>1</sup>, Péter Z.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Sipos F.<sup>1</sup>, Székely H.<sup>1</sup>, Micsik I.<sup>2</sup>, Bor R.<sup>3</sup>, Szepes Z.<sup>3</sup>, Vasas B.<sup>4</sup>, Tiszlavicz L.<sup>4</sup>, Patai Á.<sup>5</sup>, Tóth C.<sup>6</sup>, Tulassay Z.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest<sup>2</sup>, Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged<sup>3</sup>, Szegedi Tudományegyetem, Patológiai Intézet, Szeged<sup>4</sup>, Vas Megyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Gasztroenterológiai és Belgyógyászati Osztály, Szombathely<sup>5</sup>, Vas Megyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Patológiai Osztály, Szombathely<sup>6</sup>

A mikroszkópos colitis (MC) centrumunk retrospektív adatai alapján ritka (17 év alatt 110 eset), valószínűleg aluldiagnosztizált kórkép, ezért hazai prevalenciájának pontosabb felmérésére országos regiszter (Hungarian Microscopic Colitis Register, HUMOR) létrehozását tervezzük. A regiszterben retrospektív módon (HUMOR-R) feldolgozánk a 2016-ig diagnosztizált MC-s eseteket az elérhető klinikai adatok (tünetek, diagnózisig eltelt idő, gyógyszeres anamnesis, colonoscopy biopsziák száma és helye, kezelés, kórlefolyás, autoimmun betegségekkel, osteoporosisal való együttes előfordulás stb.) alapján, valamint a szükséges etikai engedélyek birtokában a szövettani blokkokból biobank létrehozás

sát tervezzük. A regiszter prospektív (HUMOR-P) részében a szövettanilag igazolt MC-s eseteknél, a szövettan ismertető ambuláns vizitén, egyoldalú kérdőív segítségével részletes anamnesis felvétel (dohányzás, családi, gyógyszeres anamnesis, panaszok kezdete, jellege stb.) történne, amelyet egységes kivizsgálás (gastroscopia: coeliakia, H. pylori státusz, lymphocytaszám; osteoporosis, autoimmun betegségek szűrése), betegkövetés (aktivitás skálázás, betegnapló, életminőség skála segítségével, kórlefolyás) követne. A prospektív regiszter klinikai adatai, a szövettani metszetekkel és blokkokkal kiegészítve az MC számos nyitott kérdésére választ adhatnak. Az MC közismerten széles átfedést mutat a hasmenéssel járó IBS-sel (IBS-D), valószínűleg a fel nem ismert betegek nagy része, „IBS” diagnózis alatt szerepel, és atípusos tünetek, „negatív colonoscopy” esetén nem kerül sor biopsziavételre, így diagnózis sem születik. A közelmúltban számos közlemény felvetette, hogy MC-ben a colon nem teljesen negatív, és aszpecifikus eltérések (erythema, hypervascularitás, exsudatív vérzés, „macskakarmolás” jel, nodularis eltérések stb.) láthatunk. Ezeknek diagnosztikus értékét meghatározandó prospektív endoszkópos vizsgálatot (HUMOR-E) tervezünk, amely során hasmenéses panaszokkal vizsgált betegeknél, egyébként „negatív” endoszkópia során ezeket az aszpecifikus eltéréseknek fotódokumentációja, illetve a betegség foltos elhelyezkedése miatt egységes protokoll szerinti (coecum, ascendens, transversum, descendens, sigma, rectum) sorozatbiopsziája történne a colonoscopy minőségi paramétereinek (előkészítés minősége, BBPS stb.) megadásával, és egyidejű gastroscopiával (pl. coeliakia kizárása céljából).

### 135

#### SÜRGŐSSÉGGEL VÉGZETT KOLONOSZKÓPOS VIZSGÁLTAINK TANULSÁGAI

Paulovicsné Kiss M.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>, Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék<sup>1</sup>

**Bevezetés:** Sürgősségi kórképekben az állapotromlás elkerülése érdekében gyorsan kell diagnózishoz jutnunk, hogy a megfelelő terápia időben elindítható legyen. A sürgősséggel végzett endoszkópos vizsgálatok nagy része felső tápcsatornából származó vérzés miatt történik, kolonoszkópos vizsgálatokra sürgősséggel kisebb arányban van szükség, ezek hatékonyságára vonatkozóan is kevesebb információval rendelkezünk. **Célkérdés:** A PTE I.sz. Belgyógyászati Klinika Endoszkópos Laboratóriumában 2013-2015 között vizsgáltuk a sürgősséggel végzett kolonoszkópiák indikációit és eredményeit. **Eredmények:** A vizsgált időszakban összesen 5626 kolonoszkópiát végeztünk, ebből 134 eset volt sürgős (2,4%). A nemek között lényeges különbség nem volt: 66 fő nő 68 férfi, a férfi betegek átlagéletkora kissé magasabb volt (76,2 év vs. 73,7 év). A sürgős vizsgálatok jelentős része munkaidőben történt (87 eset, 65%), ügyeleti időben 47 vizsgálatot végeztünk (35%). 19 esetben (14%) az előkészítés nem volt megfelelő, vérzés vagy szennyezettség korlátozta a vizsgálatokat. 112 esetben (84%) totál kolonoszkópiát, 21 esetben részleges vizsgálatot végeztünk, 1 esetben a vizsgálat nem volt elvégezhető. A sürgősséggel végzett vizsgálataink döntő hányada manifeszt vérzés miatt történt (99 eset, 74%), 21 esetben (16%) paralitikus bél-elzáródásban detenzionálási céllal, 8 esetben (6%) mechanikus bél-elzáródás okának tisztázására történt a vizsgálat. A vérzés miatti vizsgálatokban 25 esetben (ezen indikációk 25%-ában) volt szükség vérzéscsillapításra. **Megbeszélés:** Sürgősséggel végzett vastagbél tükrözés leggyakrabban manifeszt vérzés miatt történt klinikánkon. Az utóbbi években megnőtt a detenzionálás céljából végzett vizsgálataink száma is, aminek fő oka a súlyos Clostridium difficile fertőzések számának növekedése volt. A vérzéses indikációval végzett vizsgálatok során csak az esetek egy-negyedében történt terápiai beavatkozás, ami kisebb arányú a felső tápcsatornából származó vérzésekhez képest. Sürgősséggel végzett kolonoszkópia során is nagy arányban elérhető a coecum, de ehhez a beteg előkészítésére kiemelt figyelmet kell fordítanunk.

136

**ÁPOLÓI ÉS ASSZISZTENSI FELADATOK JELENTŐSÉGE AZ ANESZTÉZIÁBAN VÉGZETT ENDOSZKÓPOS ELLÁTÁSOK SZORÁN**Pozsgay D.<sup>1</sup>, Gulyás J.<sup>1</sup>, Kovács V.<sup>1</sup>, Regőczy H.<sup>1</sup>, Rácz I.<sup>1</sup>, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr<sup>1</sup>

A fájdalomcsillapítással kapcsolatos tevékenységeink végigkísérik a civilizáció történetét. Már időszámításunk előtt keresték az emberek a fájdalom csökkentésének lehetőségét természetes gyógymódok (akupunktúra, növényi hatóanyagok, stb.) használatával. A műtéteknél történő érzéstelenítést a XIX. század óta alkalmazza az orvostudomány. Célja a beavatkozásokkal kapcsolatban jelentkező fájdalom hatásainak kiküszöbölése, ezáltal a műtét kockázatának csökkentése. Napjainkra már egyre több orvosi ellátás során merül fel az igény – egyrészt a betegek, másrésztől az ellátók irányából is – az anesztézián belül kifejezetten az altatás igénybevételére. A betegek részéről a beavatkozástól, fájdalomtól való félelem a fő ok. Az orvosok pedig a megfelelő vizsgálati körülmények és a betegbiztonság biztosítása miatt kéri az aneszteziológus segítségét bizonyos beavatkozásoknál. A legtöbb endoscopus ellátásnál alkalmazunk valamilyen fájdalomcsillapítást. A különböző anesztetikumok alkalmazásának azonban számos veszélye van az előnyei mellett, ezért gondos előkészületeket igényel az indikáció felállításától a megelőző vizsgálatok át, magán a beavatkozáson keresztül, az utáni teendőig. Gasztroenterológiánkon szinte mindennapos az altatásban történő ellátás. Ezeknél a beavatkozásoknál nélkülözhetetlen az aneszteziológiai team együttműködése és a biztonságos háttérrel jelentő fekvőbeteg-ellátó osztály, illetve az ambuláns ellátások során egy korszerűen felszerelt betegmegfigyelő szoba működtetése, ahol szakképzett személyzet látja el a betegeket. Munkahelyünkön az általában alkalmazott anesztetikumok mellett átlagosan havi 30 endoszkópos beavatkozás történik tervezetten altatásban. Valamint lehetőségünk van az urgens gasztroenterológiai ellátások során is az igénybevételére. A beavatkozásra való előkészítés gondosan kidolgozott protokoll alapján történik. A vizsgálat alatti és utáni betegmegfigyelés során speciális score értékelést alkalmazunk, ami meghatározza a beteg további ellátásának helyszínét és módját. Az előadás során az Endoszkópiánkon alkalmazott módszereket szeretnénk bemutatni elsősorban az ápolói és asszisztensi tevékenységre fókuszálva.

137

**A HASI ULTRAHANG DIAGNOSZTIKUS SZEREPE A NYELŐCSŐ VARICOSITAS SZÜRÉSÉBEN CIRRHOSIS HEPATISBEN SZENVEDŐ BETEGEKEN**Pusztay M.<sup>1</sup>, Lieber R.<sup>1</sup>, Szent János Kórház, I. Belgyógyászat<sup>1</sup>

**Bevezetés:** A gasztro-duodenoszkópia az oesophagus varicositas diagnózisának „gold standard”-je. A portalis hypertensio non-invazív vizsgálatára és az oesophagus varicositas non-invazív szűrésére számos ajánlást közöltek a szakirodalomban. Saját vizsgálataink alapján a Fibroscannal mért 19,2 kPa feletti elaszticitás érték és a vena portae-ban mért áramlási sebesség 8 cm/s alá csökkenése együttesen nagy specificitással előjelezheti az oesophagus varicositását cirrhoticus betegeken. **Módszer:** Az oesophagus intraabdominális szakaszának 2D és 3D ultrahangos vizsgálata direkt módon adhat információt az oesophagus varicositas jelenlétére vonatkozóan. A szerzők cirrhosis hepatitisben szenvedő betegeket, illetve kontroll csoportként májbetegségben nem szenvedő betegeket vizsgáltak 2D és 3D ultrahanggal. A cirrhoticus betegeknél a hasi ultrahanggal azonos napon gasztroszkópiát is végeztek. **Eredmények:** Az intraabdominális oesophagus falának vastagsága és a felső endoszkópia során megfigyelt varicositas foka közt direkt összefüggést figyeltek meg a szerzők. Méréseik alapján a normál oesophagus falvastagságot 3, 2- 5,5 mm-nek találták. 7-9 mm falvastagságnál nagy valószínűséggel fennáll az oesophagus varicositas. 9-10 mm feletti falvastagság magas rizikójú oesophagus varicositas meglétét jelezte. **Következtetés:** A szerzők javasolják a rutin hasi ultrahang vizsgálat során az intraabdominális oesophagus fal vastagságának

szűrő vizsgálatként elvégzett mérését cirrhoticus betegeken az oesophagus varicositas rizikójának megítélésére. Az ultrahang vizsgálat olyan non-invazív, biztonságos és olcsó eljárás, mely jelentősen csökkentheti a szűrő jellegű gasztroszkópiák számát, szerepe lehet a gasztroszkópiás beavatkozások utáni nyomonkövetésben és a vérzés rizikójának megítélésében is.

138

**CHANGES IN THE TREATMENT OF VARICEAL GASTROINTESTINAL HAEMORRHAGE IN OUR DEPARTMENT**Rácz S.<sup>1</sup>, Molnár P.<sup>1</sup>, Héra L.<sup>1</sup>, Újhelyi P.<sup>1</sup>, Páll I.<sup>1</sup>, Sebők A.<sup>1</sup>, Futó J.<sup>1</sup>, Sahin P.<sup>1</sup>, Department of Gastroenterology, Jahn Ferenc Hospital, Budapest<sup>1</sup>

**Objective:** Analyse whether the changes introduced in the treatment of variceal gastrointestinal haemorrhages in our department affected the mortality rate of these patients. **Method:** A retrospective method was used to compare the data of patients treated with variceal bleeding in 2014 and 2015. In 2015 two changes were made to the treatment of patients with variceal bleeding: all patients were treated in the sub-intensive care unit and Terlipressin was administered to all patients susceptible to variceal haemorrhaging. Terlipressin administration protocol: administration commenced immediately when suspicion of variceal bleeding arose. 2 mg i.v. every 4 hours for 24 hours. Administration was suspended immediately upon the completion of the endoscopic intervention. An urgent endoscopic examination was performed within 24 hours in all cases. Bleeding was mitigated by means of sclerotherapy and/or ligation. Significance was calculated using Student's T-test, then we performed logistic regression to find out what treatment factors affect mortality rate. **Patients:** 2014 vs. 2015 figures – number of patients: 24 vs. 30; average age: 59.8 vs. 57.6 years; male (%): 70.8 vs. 66.7. There were no significant differences between the Child stages of the two years. Use of Sengstaken tubes (%): 29.2 vs. 20.0; treatment (none/ligation/scleroth./both): 2/11/9/2 vs. 3/18/7/2; transfusion (unit/no. of patients): 2.6 vs. 3.1. For the analysis we also grouped patients based on whether irrespective of the year of treatment they were administered Terlipressin or not. Number of patients: 22 vs. 32; average age: 60.4 vs. 57.4; male (%): 63.6 vs. 70.6. There were no significant differences between the Child stages. **Results:** Mortality in 2015 and 2014: 23 % and 33 %, respectively! Mortality of patients treated with Terlipressin: 18.2 vs. 34.4, p=0.09. Child stages had the strongest influence on mortality. Terlipressin administered in Child stage C reduces mortality at a rate bordering on significance (p=0.055). **Conclusion:** Despite the comparatively small number of cases the changes introduced in our department in 2015 in the treatment of variceal gastrointestinal haemorrhages resulted in a significantly reduction of hospital mortality rates and demonstrated that Child st. at the time of admission has the strongest effect on hospital mortality rate.

139

**A GASTRO ONKOTEAM MŰKÖDÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK**Rácz F.<sup>1</sup>, Dandé G.<sup>1</sup>, Vén L.<sup>1</sup>, Szegedi L.<sup>1</sup>, Jósa András Oktatókórház Nyíregyháza I. Belgyógyászati Osztály - Gastroenterológia<sup>1</sup>

Intézményünkben, a nyíregyházi Jósa András Oktatókórházban 2004 óta működik a colorectalis onkoteam, amely a kórházunk el-látási területén (kb. 320.000 lakos) minden frissen diagnosztizált CRC esetében a kivizsgálási protokoll alapján személyre szabot-tan dönt a beteg terápiás tervéről. Jelen előadásunkban az elmúlt években szerzett tapasztalatainkat szeretnénk ismertetni.

140

**TUMOR-STROMA INTERACTION OF HEPATOMAS WITH SLOW OR FAST PROLIFERATION RATE**Rada K.<sup>1</sup>, Fullar A.<sup>1</sup>, Kiss K.<sup>1</sup>, Baghy K.<sup>1</sup>, Regős E.<sup>1</sup>, Kovalszky I.<sup>1</sup>, Semmelweis University 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research<sup>1</sup>



**Introduction:** Tumor phenotype is greatly influenced by the syntenized tumor microenvironment. This non-tumorous component includes inflammatory cells, tumor associated fibroblasts, blood vessels, and the macromolecules of the extracellular matrix. **Aim:** In the presented research we addressed the question if fibrogenic response of Ito cells for the presence of hepatoma cells is homogenous, or it is influenced by the phenotype of hepatocellular carcinomas? **Methods:** Hepatoma cell lines were received from the Pathology Department of Heidelberg University. A fast growing dedifferentiated (HLE), and a slowly growing, more differentiated (Huh-7) cell line was selected for our experiments. Immortalized LX-2 Ito cell line was a kind gift of Scott Friedman (USA). **Results:** The increased invasiveness of HLE cells were proved by their high proliferation rate, and their faster migration both in wound healing assay and in Boyden chamber for Matrigel compared to Huh-7 cells. Both cell lines express vimentin, an intermediate filament described in hepatomas with poor prognosis. They also express syndecan-1 and CXCR4 chemokine receptors. When hepatoma cells were put in coculture with Ito cells we witnessed changes in their matrix protein synthesis. However, the proteins synthesized by the two cocultures differed from each other. The coculture of LX-2 cells with the more aggressive HLE cells produced more laminin  $\beta$ 1, TIMP1, type IV collagen, and more pronounced shedding of syndecan-1 and CD-44, whereas fibronectin, thrombospondin 1 and type IV collagen were the characteristic matrix components in the LX2-Huh-7 coculture. **Conclusion:** Our results indicate that the response given by the stromal cells is determined by the biological characteristics of tumor cells. Fundings: OTKA 100904

#### 141 COMPARISON OF LAPAROSCOPIC AND OPEN SURGERY'S RESULTS IN PATIENTS WITH RECTAL CANCER

Rakonczai A.<sup>1</sup>, Mersich T.<sup>2</sup>, Mészáros P.<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem ÁOK, Budapest<sup>1</sup>, Daganatsebészeti Centrum, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>2</sup>

**Introduction:** Present days the laparoscopic surgery (LAP) for rectal cancer has become a well accepted alternative treatment to open surgery (OP). In 2013 the COLOR II study certified that the short term and long term outcomes of the LAP were equal to OP in patients with rectal cancer. In our study we compared the results of the LAP and OP, performed in the Department of Abdominal Surgery, National Institute of Oncology between 1st January 2013 and 1st September 2015. **Methods:** 86 LAP and 182 OP were analysed retrospectively. Nearly 75% of the LAP and 60% of the OP the tumor was removed by rectal resection, in the rest cases patients undergone abdominoperineal exstirpation. The oncologic radicality was evaluated according to the lymph node harvest, the quality of the total mesorectal excision (TME), the tumor distance to distal resection and the circumferential resection margin. The number of the conversions and reoperations were examined also. In the postoperative period the number of the complications, the return of the bowel function and the time of the hospital stay were compared in the two groups. The statistical analysis was performed by using t-test and chi-square test, and the significance level was defined as  $p < 0.05$ . **Results:** The quality of the TME ( $p=0.976$ ) and the number of removed lymph nodes ( $p=0.419$ ) were similar in the two groups. There was no difference in terms of postoperative complications between LAP and OP ( $p=0.426$ ). The difference of distal resection margin distance was highly tendentious ( $p=0.064$ ). The laparoscopic procedures took longer than the open one ( $p=0.01$ ) but the bowel function returned sooner in the laparoscopic group ( $p=0.01$ ) and the hospital stay was shorter, also. **Conclusion:** Laparoscopic surgery in the treatment of rectal cancer provides adequate oncological radicality so it is considered safe alternative procedure to open surgery. From our study we conclude that the advantage of the LAP is the faster return of passage and the shorter hospital stay.

#### 142 ULCERATIVE COLITIS ASSOCIATED ADENOCARCINOMA: DIAGNOSIS FROM THE FIRST BIOPSY SAMPLE?

Reisz Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Nagy F.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Milassin Á.<sup>2</sup>, Lázár G.<sup>3</sup>, Sejben A.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary<sup>3</sup>

**Introduction:** Inflammatory bowel disease (IBD) is associated with increased cancer risk, especially in cases with early onset, long-standing disease, and severe morbidity. Distinction between IBD-associated dysplasia and sporadic adenoma poses a substantial challenge for pathologists. **Case report:** A 47-year-old man was admitted to hospital with a 1-month history of watery, mucous diarrhoea, hematochezia, and weight loss (7-8 kg). Abdominal ultrasonography and microbiological examination of stool showed no abnormality. Colonoscopy detected nearly complete ulceration of the mucous membrane and luminal narrowing, with pseudopolyps in the right colon. Rectal inflammation was severe. A polypoid lesion, 3 cm in diameter, lays 20 cm from the anus. Histological evaluation found severe continuous chronic active transmucosal inflammation with cryptitis and crypt abscesses, establishing a diagnosis of pancolitis. The polypoid lesion of the rectum was a well-differentiated intramucosal carcinoma. Immunohistochemical studies (p53, RAS, APC,  $\beta$ -catenin) confirmed an IBD-associated adenocarcinoma. **Discussion:** Our patient's rectal adenocarcinoma certainly arose before clinical illness prompted him to seek medical attention. Whether he suffered from smouldering subclinical IBD, however, is moot. **Conclusion:** Nonetheless, our experience demonstrates that initial diagnostic biopsy at presentation with IBD can find malignancy in the colon.

#### 143 ENDOSCOPIC RADIOFREQUENCY ABLATION (HALO-RFA) IN PATIENTS WITH BARRETT'S ESOPHAGUS LONG TERM RESULTS OF THE FIRST HUNGARIAN EXPERIENCE

Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Benkő É.<sup>1</sup>, Vadász K.<sup>1</sup>, Bálint L.<sup>1</sup>, Inczei E.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>

**Introduction:** Barrett's esophagus (BE) is the precancerous lesion of esophageal adenocarcinoma and the presence of dysplasia increases the risk for malignant transformation. Since medical therapies can only slow down the progression, and the conventional ablative techniques (mucosectomy, argon plasma coagulation) have well known limitations (buried glands, stricture formation) new methods are needed to stop the histological progression and to restore the physiological squamous lining of the esophagus. The initial results of the recently developed HALO-RFA seems to provide superior results compared to the conventional techniques. The aim of test the efficacy of HALO-RFA in patients with Barrett's esophagus and low grade dysplasia. **Methods:** Nine patients with BE (M/F 5/4) were enrolled. The follow up time ranged between 6-50 months. The mean maximal length of the metaplastic mucosal segment was 4.5 (2-11) cm. According to the length of the metaplastic mucosa HALO 360 or HALO 90 procedure was carried out. Follow up endoscopy with histology was done at 3 months and then every 6 months after the after the RFA procedure. **Results:** The eradication of dysplasia was achieved in all cases (100%), while SIM eradication was successful in 7/9 patients. The successful eradication of SIM needed 3 sessions of RFA in average. While minor adverse events (transient chest pain) were seen in 3/9 patients after HALO 360 ablation, no complications were observed after the HALO 90 procedures. Major complications such as bleeding, perforation and stricture formation did not occur. No buried glands were observed during follow up. **Conclusion:** Radiofrequency ablation is a safe and feasible procedure for the eradication of esophageal metaplasia and dysplasia. According to the international experience, patients with longer metaplastic segments need more than 2 sessions to achieve the complete eradication. Financial support: Micromedical kft, Barrx ltd. Authors thank the contribution of the

members of the South-Hungarian Regional Surveillance Group for the Study of Barrett's Esophagus.

144

#### HOSSZÚ ÉS RÖGÖS ÚT A GYÓGYULÁSIG, AVAGY HYPERCALCAEMIA ÉS NECROTIZÁLÓ PANCREATITIS

Rusznay K.<sup>1</sup>, Lestár B.<sup>2</sup>, Árva I.<sup>3</sup>, Szilvási I.<sup>4</sup>, Riedl E.<sup>5</sup>, Szijártó A.<sup>6</sup>, Balogh M.<sup>7</sup>, Gyökerez T.<sup>1</sup>, MHEK Gasztroenterológia<sup>1</sup>, MHEK II. Sebészet<sup>2</sup>, MHEK Központi Intenzív<sup>3</sup>, MHEK Nukleáris Medicina<sup>4</sup>, MHEK Radiológia<sup>5</sup>, Semmelweis Egyetem, I. Sebészeti Klinika<sup>6</sup>, Gróf Eszterházy Kórház, Belgyógyászat, Pápa<sup>7</sup>

**Esetismertetés:** Egy 67 éves nőbetegét küldtek endoszkópos cisztaszájzajztatásra osztályunkra. Kórelőzményében cholecystectomy, hyperparathyreosis okozta hypercalcaemia, következményes pancreatitis már szerepelt évekkor korábban, mely miatt mellékpajzsmirigy adenoma eltávolítás történt. Jelen felvételére necrotizáló pancreatitis, következményes necrotikus foyadégyülemek kialakulása miatt került sor. Az endoszkópos száajztatás plasztik stenttel sikertelen volt, műtétre kényszerültünk (necrectomia, lavázs). A hosszas kórlefolyás során perkután drenázsra és lavázsra is sor került. Öt hónapos ápolása során számos szövődmény lépett fel (Clostridium, stb.), mígnem a súlyos hypercalcaemia háttérében kimutatott mellékpajzsmirigy adenoma sebészeti eltávolítására sor kerülhetett. A kórlefolyás során kialakult perkután pancreassipoly ezután fokozatosan bezáródott, és a beteg fél éves kórházi kezelése után gyógyultan távoztatott otthonába. **Következtetés:** A necrotizáló pancreatitis súlyos betegség, a felülfertőzött necrosis kezelése multidiszciplináris együttműködést kíván, így még időnként reménytelennek látszó helyzetben is van esély a gyógyulásra. A háttérben álló hypercalcaemia okának megszüntetése után a gyógyulási folyamat felgyorsult.

145

#### A SZEZONÁLIS INFLUENZA ELLENI VÉDŐOLTÁS HATÁSA A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK AKTIVITÁSÁRA

Rutka M.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Milassin Á.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar I. Sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged<sup>1</sup>

**Bevezetés:** Az immunszuppresszív kezelésben részesülő gyulladáso bélbetegségben (IBD) szenvedők körében ajánlott az influenza védőoltás felvétele. Ennek ellenére az oltottsági arány igen alacsony, mely háttérben az állhat, hogy a betegek félnek az oltás mellékhatásától illetve attól, hogy alapbetegségük fellángol az oltás hatására. Vizsgálatunk célja azt volt, hogy felmérjük a szezonális influenza oltás miképpen befolyásolja a betegségaktivitást IBD betegek körében. **Módszerek:** A klinikánkon, kontroll vizsgálaton jelentkező IBD betegeknek felajánlottuk a szezonális Influenza oltás beadását. A immunizálás időpontjában és egy hónap múlva a betegektől székletmintát gyűjtöttünk széklet calprotectin meghatározás céljából, illetve klinikai és biokémiai aktivitásra utaló adatokat rögzítettünk. **Eredmények:** Vizsgálatunkba 36 IBD beteget (24 CD/ 12 CU; 13 férfi/23 nő, átlagéletkor: 40, átlagos betegségfennállás: 13 év) vontunk be. Az összes immunizált beteg immunszuppresszív kezelésben (11 Tiopurin, 15 biológiai kezelés és 10 beteg mindkettőben) részesült. Négy beteg jelentett bőrreakciót az oltás helyén, 6 beteg enyhe megfázásos tüneteket panaszolt (orrfolyás, köhögés, fáradtság), két beteg enyhe romlást észlelt a bélpanaszokat illetően. Egy beteg azt oltást követő 6. héten tapasztalt influenzaszerű tüneteket. A széklet calprotectin medián értéke az oltás idején medián 300 µg/g volt az oltás után egy hónappal 330 µg/g, ez a változás nem mutatott szignifikáns (p = 0,437) eltérést. Klinikai aktivitás és laboratóriumi paraméterek (CRP, Fvs, Htk, Tct) elemzése során sem találtunk szignifikáns eltérést a vizsgálati időszakban az oltás előtt és után. **Megbeszélés:** Vizsgálatunk alapján IBD betegek körében az influenzaoltás biztonságosnak értékeltük és nem észleltük a betegség aktivitásának fokozódását, ezek után ajánljuk az oltás beadását.

146

#### NUTRITION THERAPY OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS AT OUR WARD

Sahin P.<sup>1</sup>, Molnár P.<sup>1</sup>, Rácz S.<sup>1</sup>, Újhelyi P.<sup>1</sup>, Sebők A.<sup>1</sup>, Héra L.<sup>1</sup>, Páll L.<sup>1</sup>, Futó J.<sup>1</sup>, Gastroenterology, Jahn Ferenc Hospital, Budapest<sup>1</sup>

**Objective:** Determine whether the nutrition therapy applied at our ward is suitable for patients with acute pancreatitis **Method:** Within a period of two months we processed the data of 24 patients treated with acute pancreatitis using our ward-specific protocol. Seven out of 24 patients failed to meet the selection criteria. Significance was calculated using the T-test. In view of the acute status we calculated energy requirement by multiplying patients' body weight with 18 kCal and for a body weight exceeding 100 kg we maximised energy input at 1800 kCal. Patients, data: Age, sex, Ranson-score, measured body weight at admission and discharge, energy content of nutrients administered during gradual enteral feeding, nutrients administered in percentage of required energy input, enteral feeding method, number of days in hospital care. **Method:** N = 17 (11 male, 5 female), average age: 58.2 years. Average body weight loss: 3.4 kg <5%. Patients fed using the gravity method (n=7): average age: 67.7 years; average Ranson-score: 1; body weight loss: 1.83 kg; nutrients administered compared to requirement: 88.16%; number of days in hospital: 9. Patients fed using an enteral feeding pump (n=11): average age: 53.1 years; average Ranson-score: 1.64; body weight loss: 4.18 kg; nutrients administered compared to requirement: 94.54%; number of days in hospital: 12.36. **Results:** Those fed using the gravity method were older (p: 0.075) and their Ranson-score was significantly lower (p: 0.045). This means that the older patients with a lower body weight and a better condition who were fed using the gravity method received slightly less calories in proportion to their requirement compared to those fed using an enteral pump (88.16% vs. 94.54%) and spent an insignificantly shorter period in hospital (9 vs. 12.36 days, p: 0.15). Weight loss of both groups was <5% (3.9%) which is a very good result by literature comparison. **Conclusion:** Based on the above results the nutrition therapy of acute pancreatitis at our department is adequate. We have an insufficient number of enteral feeding pumps; therefore we used this method for treating younger and heavier patients, which helped in administering the required calorific input.

147

#### ÚJ BIOMARKEREK (RDW, NEU/LY ARÁNY) ACUT PANCREATITISBEN

Sándor S.<sup>1</sup>, Liebe R.<sup>2</sup>, Patai Á. V.<sup>3</sup>, Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, Marosvásárhely, Hallgató<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Budapest, Hallgató<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest, Klinikai Orvos<sup>3</sup>

**Bevezetés:** Az akut pancreatitis súlyosságát előrejelző jelenleg használt pontrendszerek kiszámítása 48 órát igényel, vagy olyan laborparamétereket kíván meg, amelyeket a rutin vizsgálatok folyamán nem végeznek el. Ezért olyan rutin laborparamétereket kerestünk, amelyek a betegség súlyosságával, nekrosis jelenlétével összefüggést mutathatnak. **Módszerek:** 2014. január és 2015. december között retrospektív módon 88 akut pancreatitis miatt kezelt beteg klinikai adatait és laboratóriumi leleteit dolgoztuk fel. A hospitalizációt követő első 24 óra alatt mért RDW, az abszolút neutrophil és lymphocitaszám arány (Neu/Ly), LDH és GOT arány, a hematokrit, valamint a bentfekvés alatt mért átlag RDW szint összefüggését vizsgáltuk a betegség súlyosságával és nekrosis jelenlétével. A statisztikai összefüggések kiszámítására T-tesztet alkalmaztunk Graphpad Prism 6 szoftver segítségével. **Eredmények:** Az első napon mért RDW statisztikailag szignifikáns különbséget mutatott az enyhe és súlyos (enyhe:14 vs. súlyos:15,34; p=0,0121), valamint a középsúlyos és súlyos (középsúlyos:14,26 vs. súlyos:15,34; p=0,0422) esetek között. Az első napon mért Neu/Ly arány szignifikáns különbséget mutatott enyhe és középsúlyos (enyhe:6,20 vs. középsúlyos:10,4; p=0,05) valamint enyhe és nem enyhe gyulladás között (p=0,0034). A kezdeti RDW szint

specifitásának és szenzitivitásának vizsgálata súlyos pancreatitis meghatározására, 14,9%-os értéket véve küszöbértéknek 26,67%-os szenzitivitást (CI:0,07784 – 0,5509) valamint 98,67%-os specificitást (CI:0,9280 – 0,9997;  $p=0,0024$ ) mutatott. A Neu/Ly arány továbbá szignifikáns különbséget mutatott nekrotizáló és nem nekrotizáló formák között is ( $p=0,0277$ ). A hematokrit szintén szignifikáns eltérést mutatott az enyhe és a súlyos ( $p=0,001$ ), valamint a középsúlyos és súlyos ( $p=0,01$ ) esetek között. Az átlag RDW szint jelentős eltérést mutatott az enyhe és a súlyos ( $p=0,0016$ ), mint a középsúlyos és a súlyos esetek között ( $p=0,0038$ ). Az LDH és GOT arány nem mutatott jelentős eltérést sem az enyhe és nem enyhe esetek között ( $p=0,8342$ ), sem a nekrotizáló és nem nekrotizáló formák között ( $p=0,0722$ ). Következtetés: Az első 24 óra alatt mért RDW, valamint Neu/Ly arány igéretes markernek tűnik a pancreatitis súlyosságának valamint a nekrotizáció kialakulásának előrejelzésében. Emellett hosszabb ideig emelkedett értékű RDW is súlyosabb kórformát jelezhet. Ennek bizonyítására multicentrikus prospektív vizsgálatok szükségesek.

#### 148 EFFECT OF THE CLEANSING ON THE DETECTION OF POLYPS IN LARGE BOWEL

Sarang K.<sup>1</sup>, Döbrönte Z.<sup>1</sup>, Hassan S.<sup>1</sup>, Kovács A.<sup>1</sup>, Márk L.<sup>1</sup>, Ihász M.<sup>1</sup>, Patai Á.<sup>1</sup>, Markusovszky Teaching Hospital, Department of Gastroenterology and Endoscopy<sup>1</sup>

**Introduction:** Proper bowel cleansing is a major component of quality colonoscopy. The Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) ranging from score 0 to 9 was introduced in 2009 for assessing the quality of bowel clearness. **Patients and methods:** Reports of colonoscopies performed in 1146 patients in the period between 1 Sept 2015 and 28 Feb 2016 were reviewed and the incidence of polyps per investigations was analysed according to the BBPS. **Results:** Polyps were found in 412 patients, namely in 36% of the colonoscopies. Out of them the BBPS score was estimated as 3 in 49 patients (12%), while the scores were 4, 5, and 6 in 74 patients (18%), in 107 patients (26%) and in 116 patients (28%), respectively. BBPS score 7-9 indicating a good bowel preparation was found only in 66 patients (16%). **Conclusion:** The bowel preparation in our region is unsatisfactory, thereby some polyps can presumably remain hidden during the colonoscopies. It seems to be very important to improve the bowel cleanliness with the aim of detecting as far as possible all polyps, which can play a role in long term the colorectal cancer prevention.

#### 149 GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉG ÉS GYERMEKVÁLLALÁS

Schäfer E.<sup>1</sup>, Homoki-Bursics K.<sup>1</sup>, Tolmácsi B.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Csizmazia L.<sup>1</sup>, Banai J.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>, MHEK Gasztroenterológia<sup>1</sup>

**Bevezetés:** A gyulladásoz bélbetegségek (IBD) incidenciájának növekedésével, egyre korábbi életkorban való megjelenésével és a bővülő terápiás lehetőségek alkalmazásával az elmúlt időben jelentősen növekedett a reprodukív korban lévő, gyermekvállalást tervező betegek száma. **Célkitűzésünk:** IBD-s betegek gyermekvállalással kapcsolatos nehézségeinek, félelmeinek, babaválási terveinek felmérése, kórlefoyas-terhesség kapcsolatának vizsgálata. **Betegek és módszerek:** Felmérésünket személyes kérdőíves adatgyűjtéssel és a kórházi dokumentációk áttekintésével készítettük, 207 beteg (142 Crohn-beteg, 65 colitis ulcerosás): 109 nő (átlagéletkor: 31,9 év, betegség átlagos fennállása: 10,7 év) és 98 férfi (átlagéletkor: 32,5 év, betegség átlagos fennállása: 10,2 év) bevonásával. **Eredmények:** A vizsgált betegek között 62-an (32 nő és 30 férfi) vállaltak gyermeket (összesen 39, ill. 42) a betegség diagnózisa óta (átlagosan 30 évesen). A megkérdezett nők 81 %-a, a férfiak 79%-a szeretne (még) gyermeket vállalni, ugyanakkor a nők 33%-a és a férfiak 29%-a vállalt az eddigiekben kevesebb gyermeket a betegség, ill. a műtétek és gyógyszeres kezelések miatt. Döntésüket jelentősen befolyásolta a betegség átörökítésétől (56%) és a gyógyszerek magzatkárosító hatásától (68%) való félelem. A betegség és kezelése alatti gyermekvállalásról a férfiak fele, a nők közel 75%-a kapott felvilágosítást, melyet a betegek 45,1%-a tartott a témában kapott leghasznosabb információnak; minden 5. beteg pedig az interneten találta meg kérdéseire a választ. A betegség alatt vállalt babák 77%-a tervezett volt, a terhességek lefoyas 82%-ban zavartalan; koraszülés 6, alacsony súllyal születés a női betegek között 6 esetben fordult elő. Terhesség alatt a betegség aktivitása az esetek többségében mérséklődött ill. tünetmentes volt, 25%-ban fordult elő aktív betegség. Fél éven túl szoptatni az édesanyák kevesebb mint 40%-a tudott. Az újszülöttekben a szülők betegségével, gyógyszeres kezelésével összefüggésbe hozható szövődmény 3 esetben fordult elő. **Konklúzió:** A gyulladásoz bélbetegség többnyire nem kontraindikációja a gyermekvállalásnak. Fontos a kezelőorvostól kapott megfelelő tájékoztatás különösen a terhesség tervezésekor, így segítve a betegeket a felelős döntéshozatalban.

lászól a férfiak fele, a nők közel 75%-a kapott felvilágosítást, melyet a betegek 45,1%-a tartott a témában kapott leghasznosabb információnak; minden 5. beteg pedig az interneten találta meg kérdéseire a választ. A betegség alatt vállalt babák 77%-a tervezett volt, a terhességek lefoyas 82%-ban zavartalan; koraszülés 6, alacsony súllyal születés a női betegek között 6 esetben fordult elő. Terhesség alatt a betegség aktivitása az esetek többségében mérséklődött ill. tünetmentes volt, 25%-ban fordult elő aktív betegség. Fél éven túl szoptatni az édesanyák kevesebb mint 40%-a tudott. Az újszülöttekben a szülők betegségével, gyógyszeres kezelésével összefüggésbe hozható szövődmény 3 esetben fordult elő. **Konklúzió:** A gyulladásoz bélbetegség többnyire nem kontraindikációja a gyermekvállalásnak. Fontos a kezelőorvostól kapott megfelelő tájékoztatás különösen a terhesség tervezésekor, így segítve a betegeket a felelős döntéshozatalban.

#### 150 ENDOLOOP HASZNÁLATA POLYPECTOMIA SORÁN

Seres L.<sup>1</sup>, Horvát G.<sup>2</sup>, Makai G.<sup>2</sup>, Adnan A.<sup>2</sup>, Bugát Pál Kórház-Gyógyos<sup>1</sup>

Az endoszkópos polypectomia leggyakoribb szövődménye a vérzés, ami közvetlenül a beavatkozás után vagy késői szövődményként is előfordulhat. A vérzéses kockázata nagyobb a vasos nyéllel rendelkező nagy polypusok esetében. A nyél hígított Tonogén oldattal történő infiltrációja is csökkentheti a vérzés rizikóját. A polyp nyakára helyezett loop-al vizsont elkerülhető a vérzéses szövődmény, illetve polypectomia utáni nyélmaradványból eredő vérzés megszüntetésére is használható. Az endoloop, lágy tefflonanyagból készített hurok, melyet a polyp nyelére helyezünk. Ezt követően a polypectomiát a szokásos módon végezzük el. A loop mechanikus hatása révén akadályozza meg a korai, ill. a késői szövődményeket. Tapasztalataink szerint a vastag nyéllel rendelkező, nagy polypusok esetében nagyobb biztonságot ígér a szövődmények megelőzésében az endoloop használata.

#### 151 CORROSIVE GASTRITIS AND ITS COMPLICATIONS AFTER CHLOROFORM INGESTION

Solt J.<sup>1</sup>, Szabó I.<sup>1</sup>, Péterfi Z.<sup>2</sup>, Sarlós P.<sup>1</sup>, Gódi S.<sup>1</sup>, Pakodi F.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Pécs<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Division of Infectology, University of Pécs<sup>2</sup>

Chloroform is a halogenated hydrocarbon, a colorless, sweet-smelling, sweetish tasting, volatile liquid. In addition to the central nervous system and respiratory depressants effects, its toxic products may cause liver and kidney damage. The authors report the treatment of corrosive gastritis and developed antropyloric stenosis after chloroform ingestion. **Case report:** 60 year old, smoker, drinker shepherd mistakenly drank 100 ml chloroform. Retrosternal and epigastric burning pain, cramps and hiccups occurred. After drinking plenty of water vomiting started. His gait became uncertain. His epigastric pain sustained with repeated vomiting. Three days later he was taken to ER. High inflammatory markers, light azotaemia and severe epigastric tenderness were observed. Abdominal CT scan showed gastric mucosal thickening. Necrotized mucosa was seen in the gastric corpus and antrum during gastroscopy. One month after discharge vomiting returned, corrosive gastritis, food retention and antropyloric stenosis were seen. The distal antral and pyloric region were dilated from 6mm to 15 mm diameter, which improved the gastric emptying. Pantoprazole and pasty-liquid diet were given. After another 4-week period chest pain, dyspnoe and vomiting developed again. Bilateral pneumonia and left lung apex tumor were diagnosed on chest CT. During endoscopic control the corrosive gastritis and antral stenosis were found reduced. We performed second dilation of the antropyloric stenosis from 9 mm to 15mm. Pulp-liquid diet has been kept since, and no more vomiting occurred. Lung biopsy identified squamous cell carcinoma, the patient is presently on chemotherapy. **Discussion:** Fortunately, oral chloroform poisoning is quite rare. The liver and kidney failure are

the most severe and sometimes fatal complications. Severe gastrointestinal adverse effect such as described above has never been reported before. Chloroform degrades to hydrochloric acid and phosgene, the latter further degrades to Cl and from CO<sub>2</sub>. The produced HCl might be responsible for the development of stomach pain, gastric corrosive damage and inflammation. **Conclusion:** The authors report first the development of gastric mucosal damage resulting antropyloric stenosis, and its successful treatment after accidental chloroform intake.

152

#### THE EFFECT OF SYLIBUM MARIANUM IN DIFFERENT FORMULAS ON METAL-HOMEOSTASIS IN DUCK'S LIVER IN TOXIN CONTAMINATED MAIZE

Süle K.<sup>1</sup>, Szentmihályi K.<sup>1</sup>, Egresi A.<sup>2</sup>, Szabó G.<sup>2</sup>, May Z.<sup>1</sup>, Blázovics A.<sup>2</sup>, Fébel H.<sup>3</sup>, Research Center for the Hungarian Academy of Sciences Institute of Materials and Environmental Chemistry, H-1117 Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pharmacognosy Semmelweis University, H-1086 Budapest, Hungary<sup>2</sup>, Research Institute of Animal Breeding and Nutrition, H-2053 Herceghalom, Hungary<sup>3</sup>

Metal elements play a significant role in the redox homeostasis, and immune defense as enzyme components and cofactors. They also play a key role in the signal transduction processes. Climate change has a great impact on the spread of mycotoxins in crops and food. Human is exposed to mycotoxicosis through foods of plant sources and of animal origin. DON and F-2 toxin are two toxic compounds in contaminated food that cause oxidative stress and affect the antioxidant defense system. Although there is still not enough information in the literature from the effect of mycotoxins on the metal homeostasis. In this study we investigated different formulas of Silybum marianum in toxin contaminated ducks' feed and their effect on the metal element metabolism in ducks' liver. 24 female, white, Hungarian ducks were divided into 4 groups (N=6). The first group was fed with mycotoxin contaminated maize (4.9 mg/kg DON and 0.66 mg/kg F-2 toxin), the second group with mycotoxin and Silybum marianum oil (0.5%) containing maize, the third group with mycotoxin contaminated maize with pressed- and oil form Silybum marianum and carrier additive, the fourth group was fed with the same as the third group but toxin binder was added. Ducks were terminally anaesthetized with carbon dioxide (47. day). The study conformed to the Declaration of Helsinki guidelines and was approved by the local animal ethical committee. For the measurements we used liver tissue. The metal element concentration was determined with inductive coupled plasma optical emission spectrometry, after the digestion of the samples in HNO<sub>3</sub>, HCl and H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. The Silybum marianum oil supplementation caused significant increase in Zn and Mg concentration. The toxin binder containing feed increased significantly the content of Zn, Fe, Mg, Mn in the liver. Al concentration decreased by all forms of Silybum marianum and the change was significant with the 'carrier' additive. Significant positive correlations could be observed between most metal elements in the Silybum marianum and toxin binder containing group. Adding Silybum marianum in different formula to toxin contaminated ducks' feed cause changes in metal element's concentration in liver. The influence of mycotoxins on the metal element concentration in ducks' liver drives the attention to the importance to save the quality of food in the food chain.

153

#### USE OF INTRAVENOUS TIGECYCLINE IN PATIENTS WITH SEVERE CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFECTION: A RETROSPECTIVE CASE-CONTROL STUDY

Szabo B.<sup>1</sup>, Lenart K.<sup>2</sup>, Kadar B.<sup>1</sup>, Dezsényi B.<sup>2</sup>, Fried K.<sup>2</sup>, Kamotsay K.<sup>3</sup>, Nikolova R.<sup>3</sup>, Prinz G.<sup>2</sup>, 1st Department of Infectology, Joined Saint Stephan and Saint Ladislaus Hospital-Clinic, Budapest; School of PhD Studies, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, 1st Department of Infectology, Joined Saint Stephan and Saint Ladislaus Hospital-Clinic, Budapest<sup>2</sup>, Core Microbiology Laboratory, Joined Saint Stephan and Saint Ladislaus Hospital-Clinic, Budapest<sup>3</sup>

**Background:** There are only a limited number of possible drugs for the treatment of severe Clostridium difficile infection (sCDI). Tigecycline shows significant in vitro effect against C. difficile and is approved for the treatment of complicated intra-abdominal infections. The current ESCMID guideline recommends tigecycline as an alternative drug for sCDI with low evidence (Grade C-III). **Material/methods:** Our aim was to analyse the efficacy of tigecyclin compared to standard therapy (vancomycin+metronidazole) in patients with sCDI. A retrospective matched case-control study of adults hospitalized and treated with sCDI between January 1st, 2014 – October 1st, 2015 at our department was performed. Patients receiving tigecycline for ≥48 h were included in the case group. Patients were excluded if tigecycline was given for <48 h. Controls were treated with standard therapy and were matched to cases in 1:1 ratio by identical ATLAS scores. Diagnosis of CDI was based on confirmation of toxigenic C. difficile from unformed stool by enzyme immunoassay detecting GDH, toxins A+B. Disease severity was determined according to the current ESCMID guideline. Primary outcome was clinical cure, secondary outcomes were in-hospital and 90-day all-cause mortality and relapse, rate of colectomy and complications (sepsis, ileus, toxic megacolon). **Results:** Of 359 patients with sCDI, 45 (12.5%) with a mean ATLAS score of 7.8±1.3 were included in the case group (55.6% men, age 75.2±10.1 years). Cure rate was significantly higher among patients treated with tigecycline (75.6 vs. 53.3%, p=0.04). Overall and 90-day mortality rates were lower among cases (37.8 vs. 46.7%, p=0.5; 4.4 vs. 11.1%, p=0.4), in-hospital mortality was similar between groups (33.3 vs. 35.6%, p=1.0). In-hospital, 90-day and overall relapse rates did not differ between cases and controls (6.7 vs. 8.9%, p=1.0; 8.9 vs. 8.9%, p=1.0; 15.6 vs. 17.8%, p=1.0). Overall complication and sepsis rates were significantly lower among patients treated with tigecycline (28.9 vs. 53.3%, p=0.03; 15.6 vs. 40.0%, p=0.01). Rates of toxic megacolon were equal (6.7 vs. 6.7%, p=1.0), ileus was more frequent in the case group (11.1 vs. 8.9%, p=1.0). Colectomy was only needed in the control group (0 vs. 4.4%, p=0.4). **Conclusions:** Outcomes suggest that tigecyclin may be used effectively as alternative in cases of sCDI.

154

#### VISUALISATION OF THE DISTAL ESOPHAGUS DURING SMALL BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY - IS IT POSSIBLE?

Szalai M.<sup>1</sup>, Oczella L.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>, Gellért B.<sup>1</sup>, Szepes A.<sup>2</sup>, Endo-Kapszula Endoscopic Laboratory, Székesfehérvár<sup>1</sup>, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét, OMCH Endoscopic Laboratory<sup>2</sup>

**Background and aim:** Capsule endoscopy may offer an alternative and non-invasive approach to visualise esophageal lesions. The consumption of small bowel capsule endoscopy has exponentially grown worldwide. Recent innovations in this field have emerged a possibility for its use to visualise the upper gastrointestinal tract too. The aim of our present study was to retrospectively analyse the results of our small bowel capsule endoscopy studies that were accomplished with esophageal protocols. **Patients and methods:** We retrospectively analysed the results of 66 small bowel capsule endoscopic examinations made by Intromedic Mirocam MC1200 system designed for small bowel capsule endoscopy between 2010 and 2015. All of these 66 patients swallowed the capsule endoscope with our standard esophageal protocol as follows. The patient is fitted with one additional thoracic sensor into the 2L2 position, that is connected to the data recorder. First, the patient drinks 50 mL of water while standing and then ingests the activated capsule in the left lateral decubitus position with a 10-mL sip of water that can be administered with the help of a syringe. Thereafter, we captured a 2-minute recording with the patient raised to 30°, and then an additional minute at 60°, followed by an upright position to maximise time for the capsule to capture images at the distal esophagus. Finally, we analysed the number of esophageal pictures, the visibility of the Z line, the clearness, and the diagnostic yield. **Results:** The mean age was 46.2 years, 25 men and 41 women were enrolled. The mean number of pictures captured from the esophagus was

78.9, but the standard deviation was very high 339.3 because in one patient's oesophagus the capsule spends 24 minutes. The Z line was visible totally in 22 (33.3%) and partially in 14 (21.3%) cases. The capsule missed the Z line in 30 (45.4%) cases. We analysed the clearness at three-point scale (1-good, 2-fair, 3-bad). The mean clearness on this scale was 1,33. In 14 cases we detected esophageal pathology, therefore, the diagnostic yield was 21,2%. The final diagnosis was Barrett's esophagus in four cases, and LA A in 11 cases LA B reflux in two cases, which was also proved with a follow up upper GI endoscopy. **Conclusions:** In our retrospective analysis, we depicted that if the small bowel capsule endoscopy is performed with esophageal protocol, then in more than half of the cases the Z line can be visible, but the overall diagnostic yield is still relatively low. In the near future further improvement can be achieved, if we apply the recently developed small bowel capsule endoscopes with double-sided camera combined with magnetic controllers.

155

#### A KEFECITOLÓGIAI MINTÁK MIKRO-RNS KIFEJEZŐDÉSÉNEK VIZSGÁLATA; ÚJ ESZKÖZ A PANKREATOBILIÁRIS SZŰKÜLETEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Szanyi S.<sup>1</sup>, Le N.<sup>2</sup>, Nagy Z.<sup>2</sup>, Burai M.<sup>1</sup>, Tarpay Á.<sup>1</sup>, Pozsár J.<sup>1</sup>, Pap Á.<sup>1</sup>, Mersich T.<sup>3</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, Bak M.<sup>4</sup>, Fillinger J.<sup>4</sup>, Szmola R.<sup>1</sup>, Invazív Gasztroenterológiai Részleg, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>1</sup>, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>2</sup>, Hasi Sebészeti Részleg, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>3</sup>, Citopatológiai Osztály, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>4</sup>

**Bevezetés és célkitűzések:** A pankreatobiliáris szűkületek differenciáldiagnosztikája komoly problémát okoz a mindennapi gyakorlatban. Az intraduktális mintavételi módszerek lehetővé teszik a citológiai vagy szövettani diagnózis felállítását, ugyanakkor elfogadhatatlanul alacsony szenzitivitást (30-50%) mutatnak. Ismerve a hasnyálmirigy és az epeúti tumorok gyors progresszióját és szegényes prognózisát, ekkora diagnosztikus bizonytalanság nem megengedhető, ezért a korai diagnózist elősegítő biomarkerek szükségesek. A mikroRNS-ek a génexpressziót szabályozó, rövid és stabil RNS molekulák. Számos szövetből kinyerhetők, kifejeződésük mintázata betegségre specifikus, így a jövőben széleskörű klinikai alkalmazásuk várható. Vizsgálatunk célja, a pankreatobiliáris szűkületek diagnosztikájában rutinszerűen alkalmazott kefecitológia szenzitivitásának növelése, a minták mikroRNS marker kifejeződésének meghatározásával. **Módszerek:** A kefecitológiai mintákat az Országos Onkológiai Intézet Invazív Gasztroenterológiai Részlegén 2013. május és 2014. július között végzett endoszkópos retrográd cholangiopancreatographia (ERCP) vizsgálatok során prospektív módon gyűjtöttük. Vizsgálatunkba 40 beteg mintáját vontuk be (benignus szűkület, n=10; malignus szűkület, n=30), akiket halálukig vagy 18 hónapig utánkövöttünk. A kefecitológiai mintákból miRNeasy Mini Kit-tel (Qiagen) totál RNS-t izoláltunk, majd a pankreatobiliáris tumorokban gyakran elterjedést mutató mikroRNS-ek (miR-16, miR-21, miR-196a és a miR-221) kifejeződését kvantitatív valós idejű PCR technikával mértük. **Eredmények:** A rutin citológia szenzitivitása mindössze 53,8% volt a jó- és a rosszindulatú szűkületek elkülönítésében, specificitása 100%-nak adódott. A kiválasztott markerek közül a miR-16 (p=0,0039), a miR-196a (p=0,0003) és a miR-221 (p=0,0048) relatív expressziója szignifikánsan magasabb volt a rosszindulatú mintákban. A rutin citológiát a miR-196a markerrel kombinálva a szenzitivitás értéke 84,6%-ra emelkedett, megtartva a 100%-os specificitást. Az epeúti mintákat vizsgálva a miR-196a marker esetén a szenzitivitás 85,7%, míg citológiai analízissel kombinálva 92,9% volt, 100%-os specificitás mellett. **Következtetés:** Előzetes eredményeink alapján a mikroRNS-ek kifejeződésének vizsgálata növeli a rutin citológia szenzitivitását a pankreatobiliáris szűkületek elkülönítésében.

156

#### A SZOLID HASNYÁLMIRIGY TERIMÉK VIZSGÁLATA ENDO-SZKÓPOS ULTRAHANG SEGÍTSÉGÉVEL, KÉT ÉV EREDMÉNYEI

Szanyi S.<sup>1</sup>, Tarpay Á.<sup>1</sup>, Szpiszár T.<sup>1</sup>, Burai M.<sup>1</sup>, Pozsár J.<sup>1</sup>, Mersich T.<sup>2</sup>, Bak M.<sup>3</sup>, Fillinger J.<sup>3</sup>, Szmola R.<sup>1</sup>, Invazív Gasztroenterológiai Részleg, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>1</sup>, Hasi Sebészeti Részleg, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>2</sup>, Citopatológiai Osztály, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>3</sup>

**Bevezetés és célkitűzések:** Az endoszkópos ultrahang (EUH) a legérzékenyebb és legspecifikusabb módszer a hasnyálmirigy-rák vizsgálatában, különösen igaz ez a más képalkotó eljárásokkal fel nem fedezett kis méretű tumorokra. Az EUH segítségével lehetővé válik a hasnyálmirigy-rák differenciáldiagnosztikája, pontosítható a daganat nagyságához való viszonya és rezekálhatósága, továbbá minimál invazív úton citológiai diagnózishoz juthatunk. Napjainkra az EUH vált a hasnyálmirigy-rák esetén elsődlegesen választandó diagnosztikus módszerre, a vizsgálatot vékonytű aspirációs citológiával (FNA) kiegészítve annak diagnosztikus pontosságát tovább növelhető. Céljaink között szerepel a mintavétel és a citológiai analízis módszertanának fejlesztése, ezáltal a diagnosztikus értékű mintavételek arányának növelése. **Módszerek:** Retrospektív vizsgálatunkba az Országos Onkológiai Intézet Invazív Gasztroenterológiai Részlegén 2014. január és 2016. január között hasnyálmirigy megbetegedés gyanúja miatt EUH vizsgálaton (Fujinon EG-530 UT és EG-580 UT lineáris echoendoszkóp) átesett betegeket vontunk be. Az endoszkópos vizsgálat során az aspirációs citológiai és a sejtblokk/hisztológiai mintavételt 19, 22 és 25 gauge átmérőjű tűvel végeztük. A beavatkozások diagnosztikus pontosságát a felhasznált tű mérete és típusa, a szúrások száma és lokalizációja, illetve az on-site citológiai elemzés elérhetőségének függvényében elemeztük. **Eredmények:** Vizsgálatunk során 150 esetben (férfi n=78, 52%; nő n=72, 48%) végeztünk EUH beavatkozást, a betegek átlagos életkora 63,4 év (33-83 év) volt. 58 esetben (38,7%) aspirációs citológiai, 4 esetben (2,7%) hisztológiai, 70 esetben (46,7%) aspirációs citológiával kombináltan sejtblokk vagy szövettani mintavétel történt. 1 (0,67%) esetben fordult elő szövődmény, 24 órán belül konzervatív terápiára rendeződő akut pankreatitisz. Endoszkópos ultrahanggal az alábbi kórképek diagnózisa volt felállítható; hasnyálmirigy-rák (n=91, 60,7%), krónikus pankreatitisz (n=29, 19,3%), egyéb lézió a hasnyálmirigyben és környezetében (n=26, 17,3%) valamint sine morbo (n=4, 2,7%). **Következtetés:** Az EUH egy biztonságos módszer, melynek segítségével a hasnyálmirigy-rák magas diagnosztikus pontossággal felismerhető. Az on-site citológiai analízis segítségével csökkenthető az elkerülhető mintavételek száma.

157

#### HAEMOSUCCUS PANCREATICUS: A RARE CAUSE OF UPPER GI BLEEDING

Szegedi L.<sup>1</sup>, Kovács J.<sup>1</sup>, Rácz F.<sup>1</sup>, Czuczor V.<sup>1</sup>, Szakál T.<sup>2</sup>, Kozlovsky B.<sup>3</sup>, Josa Andras Teaching Hospital Nyíregyháza 1st Department of Internal Medicine<sup>1</sup>, Josa Andras Teaching Hospital Nyíregyháza Department of Radiology<sup>2</sup>, Josa Andras Teaching Hospital Nyíregyháza Department of Surgery<sup>3</sup>

**Introduction:** the haemosuccus pancreaticus is a rare form of the upper GI bleeding which can be defined as a haemorrhage from the papilla of Vater via the pancreatic duct. It is caused, most commonly by chronic pancreatitis, pancreatic pseudocysts and tumors as well as by vascular malformations (aneurysmas-pseudoaneurysmas) and EUS-ERCP related complications (iatrogenic). **Case and method:** we present the case of a man 36, and a woman of 77. In both cases the life threatening, massive haemorrhage was caused by haemosuccus pancreaticus. In one of the cases, chronic pancreatitis consequential pancreas pseudocysts with vascular pseudoaneurysma was the diagnosis behind the bleeding, and in the other case the cause was an aneurysm of pancreaticoduodenal artery without serious clinical history. **Results:** there are two main therapeutic options for resolve this problem: angiographic embolism or surgery. In our both cases the patients were successfully treated radiologically which is the preferable choice for stable patients.

158

**DIABETES MELLITUS ÉS A TÁPLÁLKOZÁSI ZAVAROK HATÁSA A BÉLFLÓRÁRA**Székely G.<sup>1</sup>, Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály<sup>1</sup>

**Bevezetés.** Az utóbbi évek tudományos kutatásai alapján jelentős hatással van a bélflóra összetétele a diabetes mellitus kialakulására. A kettes típusú diabetesben szenvedő betegek bélrendszerében kimutatták a baktériumflóra kóros irányú megváltozását. Kutatják, hogy a bélflóra sérülése milyen szerepet játszik a különféle anyagcserebetegségek lefolyásában. Vajon megelőzhető-e a bélflóra helyreállításával az anyagcserebetegségek romlása? Még végleges válasz nincs, de az adatok folyamatosan szaporodnak az irodalomban, és ezek felhívják a figyelmet arra, hogy szinte minden kóros anyagcsereállapotnak hatása van a gyomor-bélrendszerre. **Patogenezis.** Tanulmányok sora állítja, hogy a kövérség, a metabolikus szindróma a bélflóra megváltozásával jár. A 2. típusú diabetesben, amely a lakosság 4 százalékát teszi ki, ugyancsak kimutatták a bélflóra sérülését, amely veleszületett B-sejtes autoimmun folyamat eredménye is lehet. Amennyiben a betegség már neuropátiával és motilitászavarral is jár, még kifejezettebbé válnak ezek az elváltozások. Az ún. toll-like receptorokon keresztül változik meg a microbiota összetételének szabályozása. A 2. típusú diabetes mellitusban észlelhető eltérések közül a Bacteroides és proteobacteria túlsúlyt, valamint a Firmicutes probiotikus törzs csökkenését igazolta több munkacsoport. Szénhidrát-dús, rostszegény, szulfidokban dús étrend előmozdítója lehet a patogén törzsek felszaporodásának. **Következtetés.** A diabetes mellitus, valamint egyéb anyagcserebetegségek a tápanyagok kóros felszívódását is előidézhetik. A megváltozott bélflóra, a másodlagos motilitási és felszívódási zavarok a betegség lefolyásában nagyobb szerepet játszanak, mint korábban ezt feltételezték. Microbiológiai kutatások bizonyították, hogy a diabetes mellitus egyes és kettes típusában is jelentősége van a bél microbiota megváltozásában, amelynek genetikai okai is lehetnek. Szükséges tehát minden ilyen kórképben a tápcsatorna állapotát, valamint a bélflóra sérülését is vizsgálni, és szükség esetén probiotikum adásával korrigálni a kóros eltéréseket.

159

**A VASTAGBÉLRÁK SZŰRÉS ULTRAHANG DIAGNOSZTIKAI VONATKOZÁSAI**Székely G.<sup>1</sup>, Ágnes S.<sup>1</sup>, Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály<sup>1</sup>

**Bevezetés.** A mortalitási és morbiditási mutatók egyértelműen mutatják, hogy Magyarországon is minél előbb el kell indítani a vastagbélrák és rák megelőző állapotok szűrését. A környező országokban már évek óta működik vastagbélrák szűrés program (Csehországban 2009-óta). Egyértelműen költséghatékony módszerről van szó, sok esetben előzhető meg a vastagbélrák kialakulása, ill. a rák korai stádiumában történő felismerésével több életév nyerhető, sőt akár gyógyítható is a betegség. **Háttér.** A komplex szűrés részeként a hasi ultrahang vizsgálat elvégzése nem mellőzhető. Hazánkban a jelenlegi kapacitás azonban nem teszi lehetővé valamennyi széklet FOBT szűrés mellett az UH vizsgálat elvégzését. Azonban a pozitív kiszűrt esetekben a colonoscopia előtt feltétlenül szükséges a hasi ultrahang vizsgálat, amelynek több célja is van: 1. kísérő betegségek felfedezése 2. Hasi aorta aneurysma kiszűrése 3. A lehetséges metastasisok régióinak (máj, hasi nyirokcsomók) pontos feltérképezése. Országosan ez évente 30-35 ezer plusz vizsgálatot jelentene. **Beteganyag, módszer.** Évente 2500 hasi ultrahang vizsgálatot végzünk gasztroenterológiai beteganyagunkon. Ennek során a betegek 8-10%-nál találunk a májban körülírt elváltozást. A benignus-malignus kórképek differenciáldiagnosztikája során további kiegészítő vizsgálatokra is sor kerül, valamint a máj keringési eltéréseit Doppler eljárással, a góccok további vizsgálatát három-dimenziós ultrahang eljárással is elemezzük. **Esetbemutatás.** A ritkább májtumörök és megtevesztő benignus elváltozások bemutatása során illusztráljuk a diagnosztikus nehézségeket. Következtetés. A népegészségügyi szűrőprogram elindításakor figyelembe kell

venni az ultrahang diagnosztika országos kapacitását, a differenciáldiagnosztikai kérdések tisztázásával együtt ezek személyi, műszeres és anyagi vonatkozásait.

160

**EFFICIENCY OF STYLET CAPILLARY SUCTION AND STANDARD SUCTION TECHNIQUE OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION (EUS-FNA) IN SOFT, VASCULARIZED AND HARD, FIBROTIC TUMORS – A PROSPECTIVE COMPARISON STUDY**Szepes Z.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fánián A.<sup>1</sup>, Czákó L.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Milassin Á.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Hamar S.<sup>2</sup>, Kaizer L.<sup>2</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>

**Introduction:** Despite the increasing use of endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration (EUS-FNA) in the diagnosis of gastrointestinal tumors, there are no evidence-based recommendations about the detailed methods of sampling and processing of smears. The ideal sampling technique is easy to perform, quick, safe, not burdensome for patients, and it procedures samples of satisfactory quality that are easy to evaluate (small number of samples and low level of bloodiness, high cellularity). Suction using a 10ml syringe is the standard sampling technique, but it often leads to elevated number of smears with increased bloodiness with no improvement in diagnostic accuracy. We assume that the capillary suction caused by stylet removal could result in appropriate cytology and/or histological samples in soft and vascularized tumors, but it has not been examined prospectively. **Aims and methods:** Every consecutive patient who underwent EUS-FNA sampling due to suspected malignant tumor was enrolled in the study. During the examination at least once stylet capillary suction technique was applied followed by standard suction using a 5 mL or 10 mL syringe. We compared the efficiency of the two sampling techniques in soft, vascularized (liver, lymph nodes, adrenal gland, mediastinal tumors, etc.) and hard, fibrotic neoplasia (pancreatic cancer, gastrointestinal stromal tumor, GIST). The diagnostic yield was determined by the classification of Papanicolaou Association. The quality of EUS-FNA samples obtained with the two different techniques was assessed based on the number of diagnostic smears, bloodiness, cellularity and accuracy. **Preliminary results:** 200 EUS-FNA samplings were performed between May 2011 and February 2016 in the University of Szeged, 1st Department of Medicine. 60 soft (25 lymph nodes, 13 mediastinal neoplasia, 14 primer or metastatic liver tumors, 2 adrenal adenomas, 6 pararectal lesions) and 125 hard, fibrotic tumors (109 solid pancreatic cancers, 16 GIST) were examined. Patients with cystic pancreatic, mediastinal and abdominal lesions were excluded from the study. In case of hard, fibrotic tumors the technical success rate of standard suction was higher (93% vs. 100%), but in case of soft tumors it resulted in elevated number of smears (2.87 vs. 5.07) which made the pathological diagnosis slower and difficult. **Further targets, perspectives:** Both stylet capillary and standard suction are effective in EUS-FNA sampling. We would like to increase the number of enrolled cases, extend the study to the other Hungarian EUS centers as well, and establish an evidence-based recommendation for the sampling technique of different tumors.

161

**CHANGES OF  $\alpha$ 1-ANTITRYPSIN (AT) INDEXES IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS (CP) ON TREATMENT USING L-ARGININ L-GLUTAMATE (GLUTARGIN) MEDICATION**Szircsák E.<sup>1</sup>, Kurcsák N.<sup>2</sup>, Ungvári nemzeti egyetem, Orvosi kar, Belgyógyászati tanszék<sup>1</sup>, Ungvári nemzeti egyetem, Orvosi kar, Belgyógyászati tanszék<sup>2</sup>

**Aim of the research:** To evaluate the dynamics of  $\alpha$ 1-AT indexes in blood and feces in patients with CP on treatment using L-arginin and L-glutamate (Glutargin) medication. **Materials and methods:** The study involved 70 patients with CP. Patients were divided into 2 groups each consisting of 35 people, depending on

the conducted therapy: group I received standard therapy, and patients of group II were additionally prescribed 20% Glutargin solution 1 time daily intramuscularly for 10 days with transition to oral intake of 750 ml 3 times daily for 14 days. Before and after the treatment, patients had their levels of  $\alpha$ 1-AT (Immundiagnostic AG) in blood serum and feces determined using the enzyme immunoassay (EIA), and its fecal clearance (FC) calculated. Results of the research: High values of  $\alpha$ 1-AT in blood ( $884.15 \pm 6.41$  mg/dl,  $p < 0.001$ ) were determined in patients, as compared to the indexes of the control group ( $126.07 \pm 1.15$  mg/dl) and a sufficient increase of  $\alpha$ 1-AT in feces (up to  $31.41 \pm 1.26$  mg/dl) was observed, at the rate of  $15.03 \pm 0.21$  mg/dl in the control group. FC of  $\alpha$ 1-AT was more than 10 times ( $193.61 \pm 3.74$  mg/day,  $p < 0.01$ ) higher than the indexes of the control group ( $18.12 \pm 0.99$  mg/day). After treatment, only in the patients group II (using Glutargin) a sufficient decrease of  $\alpha$ 1-AT indexes in blood and feces, and also their FC (down to  $322.7 \pm 1.11$  mg/dl,  $p < 0.01$ ;  $19.16 \pm 0.17$  mg/dl,  $p < 0.05$  and  $72.34 \pm 1.40$  ml/day,  $p < 0.01$  correspondingly) were determined. In patients group I these indexes have decreased only to  $400.12 \pm 2.75$  mg/dl,  $p < 0.01$ ;  $27.04 \pm 0.15$  mg/dl and  $118.12 \pm 2.341$  ml/day,  $p < 0.05$  correspondingly. **Conclusions:** In patients with CP an increase of  $\alpha$ 1-AT level in blood serum and feces, and its FC, was determined. The treatment using Glutargin effectively normalizes the indexes of  $\alpha$ 1-AT in blood and feces, which should be considered in therapy of patients with CP.

162

#### EURO MILLIÓKAT SPÓROLHATUNK - A SZŰRŐ COLONOSCOPIA EPIDEMIOLÓGIAI ÉS GAZDASÁGI HATÁSA HOSSZÚ TÁVON. OSZTRÁK TAPASZTALOK.

Szönyi M.<sup>1</sup>, Krankenhaus Elisabethinen, Ausztria, Bécs<sup>1</sup>

**Bevezetés:** a vastagbél carcinoma Magyarországon (is) népbetegség. A betegség incidenciája és prevalenciája évről-évre ilyesztő számokat mutat. A rosszindulatú elváltozások kialakulása azonban nagy arányban megelőzhető lenne. Ennek eléréséhez egy jól kidolgozott, könnyen hozzáférhető, ellenőrzött szűrési program kialakítására van szükség, mely szerencsés módon folyamatban van. Külföldi példák is igazolják a program sikerét. Az osztrák modellt volt szerencsém közelebbről is megismerni. **Betegek és módszer:** szükséges az egységes beutalási rendszer-ez még Ausztriában sem teljesen tisztázott kérdés. A résztvételi arány a 40 évesnél idősebb korosztályban 29 % felett van. A megjelenésre való hajlandóság az idősebb korosztályban nő. Hivatalosan kétféle szűrőprogram, de egyre több az azonnal colonoscopiára jelentkezők száma. A vastagbél-tükrözést összesen 219 kvalifikált laborban végzik. A minőségi kontroll folyamatos. A colonoscopiák nagy része (70%) praxisközösségekben történik **Eredmények:** Az elmúlt 10 évben a mortalitás 30-, az incidencia 20 %-al csökkent!. Az adenoma detektációs ráta (ADR) átlagosan 22.37 %, ami jelentős javulást mutat a program bevezetéséhez képest. A rendszeresen endoszkópiázó sebész kollégák is a fenti ADR-t hozzák. A szűrésben résztvevő laborok 38%-nál még mindig 20% alatt van az ADR. A szeszilius adenómák felfedezési aránya is szerencsésen nőtt (0.54-ről 1.78 %-ra). Az évente újonnan felfedezett daganatos betegségek száma 500-al csökkent az elmúlt 15 évben. Ez az orvosi siker mellett gazdasági megtakarítást is jelent. A nagymértékű terápiás költség ugrás miatt ennek különös jelentősége van. 1997-ben még 570 Euro, 2014-re már 235.693 Euroba került átlagosan a metasztatizáló vastagbélrákos esetek kezelése. A szűrőprogramnak köszönhetően az elmúlt 10 évben 450 millió eurót takarítottak meg. **Összefoglalva:** a fenti példa követendő, de még jobban, hatékonyabban is megvalósítható. Ez orvosi, etikai és nemzetgazdasági cékokat szolgáló kötelességünk.

163

#### JÓINDULATÚ EPEÚTI SZŰKÜLETEK ÚJSZERŰ KEZELÉSE PERKUTÁN MÓDSZERREL

Szűcs Á.<sup>1</sup>, Huszár O.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Dudás I.<sup>2</sup>, Rudas G.<sup>3</sup>, Tihanyi T.<sup>1</sup>, Harsányi L.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, I.sz. Sebészeti Klinika<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem, MR Kutatóközpont<sup>3</sup>

**Bevezetés** A különböző etiológiájú, jóindulatú epeúti szűkületek kezelése a mai napig nem megoldott, mert a jelenleg alkalmazott terápiás beavatkozások reocclusio aránya elfogadhatatlanul magas. Hegek kezelésére akár mucosalis úton is használható a localis szteroid, de az epeúti heges szűkületek percutan ellátásában eddig még nem alkalmazták. **Módszer** Endoszkópos technikával meg nem oldható, sebészi beavatkozásra nem alkalmas 4 betegnél végeztünk percutan transhepaticus kezelést. Cholangiographiát követően a heges szűkületet intramucosalis úton az általunk fejlesztett flexibilis tűvégű eszköz segítségével 40 ml triamcinolone-nal (Inj. Kenalog) infiltráljuk, majd 14mm-es ballonnal tágitjuk. A beavatkozást 3 alkalommal ismételtük. Az eljárások között egy 10,2F-es külső-belső ring katétert hagyunk hátra. A betegeket 3 havonta követtük, laborvizsgálat és hasi UH segítségével, évente MRCP vizsgálat történt. **Eredmény** 2 betegnél krónikus pancreatitis talaján kialakult, epeúti kövességgel szövődött pancreatogén epeúti szűkület kezelésére végeztünk a beavatkozást, többszörös endoszkópos és sebészi intervenciót követően. Két beteg esetében pedig epeúti sérülést követően készített hepatico-jejunostomát kezeltünk. A beavatkozások során szövődemény nem lépett fel. Az átlagos utánkövetés (14,75 hónap) során reocclusio sem a követett laboratóriumi paraméterek, sem UH-, sem MRCP vizsgálatnál nem volt kimutatható. **Következtetés** Jóindulatú epeúti szűkületek ellátásában alternatív megoldásként a percutan transhepaticus ballon dilatációval kombinált intramucosalis szteroid injectio jó eredménnyel alkalmazható. Hosszú távú hatásosság bizonyítására, más modalitásokkal való összehasonlítására további vizsgálatok indokoltak.

164

#### ROUX-EN-Y OESOPHAGOJEJUNOSZTÓMIA KAPCSÁN KIALAKULT ANASZTOMÓZIS ELÉGTELENSÉG SIKERES KEZELÉSE SPECIÁLIS FISTULA-ZÁRÓ NYELŐCSŐ ÖNTÁGULÓ FÉMSZTENTTEL. KÉT ESET BEMUTATÁSA.

Tarpay Á.<sup>1</sup>, Szmolá R.<sup>1</sup>, Burai M.<sup>1</sup>, Siha G.<sup>1</sup>, Horányi A.<sup>1</sup>, Pozsár J.<sup>1</sup>, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Részleg<sup>1</sup>

**Bevezetés:** Oesophagojejunosztómia után kialakuló varratelégtelesség 7-12 %-ban előforduló súlyos szövődemény. Orális táplálás felfüggesztése, jejunális és parenterális táplálás és sebészi intervenció, anasztomózis drainage alkalmazása mellett is a szövődemény mortalitása magas. A bariátriai sebészetben sikerrel alkalmazták a Roux-en-Y anastomosis elégtelenség kezelésére a Niti-S Beta nyelőcső öntáguló fémsztentet. Ennek a módszernek az eredményeit mutatjuk totál gasztrektómia, és Roux-en-Y anasztomózis elégtelenség esetén két beteg kapcsán. **Betegek, módszerek:** Eset 1: 71 éves férfinél két héttel az gyomorszáj daganatának eltávolítása céljából végzett totál gasztrektómia után láz jelentkezett. CT vizsgálat az anasztomózis elégtelenség gyanúját vetette fel, melyet a nyelés röntgen és az endoszkópia megerősített, ezért dupla antimigrációs mechanizmussal ellátott, 100 mm hosszú 28 mm átmérőjű teljesen fedett öntáguló nyelőcső fémsztent (Niti-STM BetaTM Esophageal Stent, Taewoong) behelyezése mellett döntöttünk. A sztent implantációját követően a nyelésröntgen további kilépést nem igazolt. A beteget láztalanul folyadék diétával otthonába bocsátottuk, a sztentet a 4. héten szövődeménymentesen eltávolítottuk. CT-vizsgálat, endoszkópia és nyelés röntgen teljesen gyógyult anasztomózist igazolt. Eset 2: 67 éves nőnél más intézetben végzett teljes gasztrektómia után 3 nappal láz és fájdalom jelentkezett. CT és nyelésröntgen anasztomózis elégtelenséget igazolt. Ismételt műtétre, kiterjesztett mediasztinális drainage-ra került sor parenterális és jejunális táplálás mellett. A beteg általános állapota romlott, ezért dupla antimigrációs mechanizmussal ellátott, 100 mm hosszú 28 mm átmérőjű öntáguló nyelőcső fémsztent (Niti-STM BetaTM Esophageal Stent, Taewoong) behelyezése mellett döntöttünk. A sztent im-

plantációját követően a nyelésröntgen további kilépést nem igazolt. Ezt követően 2 hétig enterális szondatáplálás és parenterális táplálás történt, majd folyadék diétát indítottak. A sztentet a 7. héten szövődéymenyesen eltávolítottuk. Kontroll CT, endoszkópia és nyelés röntgen teljesen gyógyult anasztomózist igazolt. **Következtetés:** A Niti-S Beta öntáguló nyelőcső fémsztent behelyezése biztonságos, hatékony és minimálinvazív módszer a Roux-en-Y anasztomózis elégtelenség kezelésére

165

#### POSTOPERATÍV, BENIGNUS, DILATÁCIÓ-REFRAKTER HIPOFARINX SZŰKÜLET KEZELÉSE ÖNTÁGULÓ FÉMSZTENTTEL TRANSZNAZÁLIS ANTIMIGRÁCIÓS RÖGZÍTÉssel KIEGÉSZÍTVE.

Tarpay Á.<sup>1</sup>, Szmola R.<sup>1</sup>, Burai M.<sup>1</sup>, Siha G.<sup>1</sup>, Horányi A.<sup>1</sup>, Pozsár J.<sup>1</sup>, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Részleg<sup>1</sup>

**Bevezetés:** Postoperatív szűkületek fej-nyak tumorok neoadjuváns radioterápiája, majd leány rekonstrukciós kezelését követően gyakran alakulnak ki. Preventíven behelyezett PEG a disfágia okozta malnutrició kivédi, de a teljes nyelési képtelenség rontja a beteg életminőségét. Felső harmadi nyelőcső szűkületek kezelése biztonságosan szekvenciális tágitással lehetséges, azonban az esetek többségében gyorsan recidivál a szűkület. A cervikális és hipofaringeális szűkületek kezelésére kifejlesztett fémsztentek speciális geometriájuk és relatíve kis átmérőjük miatt migrációra hajlamosak. Esetbemutatás, módszer: 63 idős férfinél epifarinx tumor miatt neoadjuváns kezelés, majd leány rekonstrukcióval kiegészített totál laringektómia történt. Korábban behelyezett PEG-en keresztül a táplálása megoldódott, de fokozatosan IV. stádiumú disfágia alakult ki. A disfágia hátterében recidívamentes, diafragmaszerű szűkületet találtunk a nyelőcső bemeneti részén. Lépcsőzetes bouginage-t végeztünk, mely időszakosan megoldotta panaszait, de a szűkület gyorsan recidivált. Hipofaringeális szűkületekre dedikált, eltávolítható, 14 mm átmérőjű, 100 mm hosszú nyelőcső stentet (CONIOTM Esophageal Stent, Taewoong) implantáltunk tartós tágitás céljából, azonban a stent korai disztális migrációját észleltük. A stent repozicionálását követően mindkét orrjáraton átvezetett, a szeptumon támaszkodó, a stent proximális végén átfűzött fonállal oldottuk meg az antimigrációs rögzítést. 10 héten keresztül végeztük a tágitást a sztenttel, egyszer történt sztent revízió, illetve repozicionálás a stent felső szélén kialakult heges gyűrű miatt. 10. héten a sztentet eltávolítottuk szövődéymenyesen. Eredmények: A beteg a sztent mellett folyadékot és a nyálát végig le tudta nyelni, mely 1 hónapos utánkövetés mellett a stent eltávolítását követően is megmaradt. A stent viselése alatt, illetve eltávolítását követően szövődéymenyt nem észleltünk, a beteg jelentős fájdalomról nem számolt be. **Következtetés:** Nyaki irradiációt követő hipofaringeális szűkületek öntáguló fémsztenttel, transznazális rögzítéssel kiegészített tartós tágitása hatékony, szövődéymenyes lehet.

166

#### A SZÉRUM HEPCIDIN ÉS PROHEPCIDIN SZINT VIZSGÁLATA CROHN BETEGSÉGBEN SZENVEDŐ GYERMEKEKBEN

Tokodi I.<sup>1</sup>, Tokodi M.<sup>2</sup>, Horváth D.<sup>2</sup>, Poór V.<sup>3</sup>, Pandur E.<sup>4</sup>, Sipos K.<sup>4</sup>, Veres G.<sup>2</sup>, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika<sup>2</sup>, Pécsi Tudományegyetem. Általános Orvostudományi Kar, Igazságügyi Orvostani Intézet<sup>3</sup>, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Gyógyszerészi Biológia Tanszék<sup>4</sup>

**Background and Aims:** Hepcidin plays a central role in the development of ACD and ICD. Few data are available on the role of hepcidin and prohepcidin in IBD in children. We evaluated the changes in serum hepcidin and prohepcidin levels in children with Crohn's disease compared to healthy controls, and the relation between anemia, inflammation and serum levels of hepcidin and prohepcidin. **Methods:** We used ELISA to measure serum prohepcidin in 69 patients and 33 healthy controls and hepcidin in 50 patients and 20 healthy controls. **Results:** Prohepcidin level was significantly higher in Crohn's disease patients than in controls

( $p < 0.001$ ), however, it only showed a positive correlation with WBC count ( $r = 0.425$ ,  $p < 0.001$ ). Hepcidin showed a positive correlation with CRP ( $r = 0.611$ ,  $p < 0.001$ ) and PCDAI ( $r = 0.384$ ,  $p < 0.01$ ) in patients and controls, while a negative correlation with serum iron level ( $r = -0.529$ ,  $p < 0.001$ ). In anemic patients, hepcidin levels were significantly higher ( $p < 0.05$ ) but did not show a correlation with hemoglobin and hematocrit. Linear regression analysis of data showed that in Crohn's disease patients, the CRP ( $F(1.48) = 28.6$ ;  $p < 0.001$ ;  $R^2 = 0.373$ ), whereas in controls, the serum iron level ( $F(1.18) = 7.5$ ;  $p = 0.014$ ;  $R^2 = 0.293$ ) was the best predictor of hepcidin. **Conclusions:** Our results suggest that instead of prohepcidin, hepcidin may play a central role in the diagnosis and therapy of anemia in Crohn's disease. Data suggest that, if CRP is elevated, the treatment of underlying disease is also an appropriate therapy for anemia in Crohn's disease. Additional studies can determine whether changes in the hepcidin level and its monitoring could help in making therapeutic decisions.

167

#### ENDOSCOPIC PANCREATIC DUCT STENTING IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PANCREATITIS: EFFECTIVENESS AND COMPLICATIONS .

Topa L.<sup>1</sup>, Igaz L.<sup>1</sup>, Rédei C.<sup>1</sup>, Theisz J.<sup>1</sup>, Tóth L.<sup>1</sup>, Szent Imre Teaching Hospital Dept. of Gastroenterology Budapest<sup>1</sup>

**Aim:** Chronic pancreatitis (CP) is an irreversible and progressive inflammatory process, featuring pathological modifications of fibrosis, inflammatory infiltration, and the destruction of exocrine and endocrine tissue. As a result, there are specific morphological changes in the parenchyma and pancreatic ducts. The most common clinical presentation for patients with CP is abdominal pain, which significantly decreases the quality of life. Endoscopic therapy in CP aims to provide pain relief and to treat local complications, by using the decompression of the pancreatic duct and the drainage of pseudocysts, and biliary strictures, respectively. The ESGE recommends endoscopic therapy as the first line therapy for uncomplicated CP. Strictures of the main pancreatic duct (MPD) are seen in about half of patients of CP, usually located in the pancreatic head, being caused by inflammation and fibrosis. Pancreatic stenting is an alternative to MPD decompression surgery, which is associated with a mortality rate of 2-5 %. **Method:** From Jan. 2013. to Dec. 2015. we performed 3735 ERCP; in 65 patients (pts) was seen MPD strictures, and/or pancreatic duct stone, or pancreatic duct leak. The management of MDP strictures includes pancreatic sphincterotomy, stricture dilatation and temporary stenting. The mean age of pts 59.6 year (22-75 y) 36 male, 29 female. We used plastic stents with sizes ranging from 7-8,5-10 Fr., changing the stent over 6 months. The follow-up was 26 months (4-36 mo.), 70 % of pts. are expected to continue to experience pain relief. **Complications:** mild pancreatitis in 4 pts (6,1 %), stent migration 6 pts (9,2 %), not requiring surgery. **Conclusion:** The endotherapy is effective, less invasive than surgery, offers good results and is associated with low morbidity and mortality. It can be repeated and does not interfere with any subsequent surgical procedure. The endotherapy is the first line treatment in properly selected patients with CP.

168

#### ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED DRAINAGE OF PANCREATIC FLUID COLLECTIONS: 3-YEARS EXPERIENCES

Topa L.<sup>1</sup>, Rédei C.<sup>1</sup>, Igaz L.<sup>1</sup>, Theisz J.<sup>1</sup>, Tóth L.<sup>1</sup>, Szent Imre Teaching Hospital Dept. of Gastroenterology Budapest<sup>1</sup>

**Background:** Pancreatic fluid collections (PFCs) develop secondary to either fluid leakage or liquefaction of pancreatic necrosis following acute pancreatitis, chronic pancreatitis, surgery or abdominal trauma. Pancreatic fluid collections include acute and chronic pseudocysts, pancreatic abscesses and pancreatic necrosis. Before the introduction of linear endoscopic ultrasound (EUS) and EUS-guided drainage procedures, the available options for drainage in symptomatic PFCs included surgical, percutan and conventional endoscopic transmural drainage. EUS guided drainage is less invasive than surgery and therefore does not require



general anesthesia. Complications such as bleeding, inadvertent puncture of adjacent viscera, secondary infection and prolonged periods of drainage with resultant pancreatico-cutaneous fistulae may be avoided. **Aim:** To evaluate the efficacy of EUS-guided endoscopic transmural drainage of pancreatic pseudocyst. **Method:** From Jan. 2012 to Dec. 2015, 45 consecutive symptomatic patients submitted to 46 procedures were retrospectively analysed. Chronic and acute pancreatitis were found respectively in 14 pts. (31 %) and 31 pts (69%). The mean age was 53 year (30-85 y), 26 male, 19 female. Bulging was present in 5 (11%) cases. Cystogastrostomy and cystoduodenostomy were created with an interventional linear echoendoscope under endosonographic and fluoroscopic control. By protocol, a single plastic stent ( 8,5-double pig-tail and 10 F ),with or without nasocystic drain, was used. EUS-guided FNA of cyst-content and transmural drainage was successful in all (100%) patients. Two cases needed surgery, one of them not due to procedure related complications. During a mean follow-up of 3,8 months ,there were 2 (4,5%) symptomatic recurrences due to stent clogging or migration. **Conclusion:** EUS-guided transmural drainage provides an effective approach and first choice to the management of acute and chronic non-bulging pancreatic fluid collections, with high rate of success, and low rate of complications.

169

#### INSPECTING THE SITE OF POLYPECTOMY FOR COMPLETE REMOVAL FOLLOWING COLD FORCEPS AND COLD SNARE RESECTION DURING COLONOSCOPY

Topál L.<sup>1</sup>, Endoscopy Unit, Selye János Hospital, Komárom<sup>1</sup>

Almost every detected colon polyp should be resected to interrupt their progression to carcinoma. Polyps less than 5 mm in diameter can be resected by cold forceps resection, those less than 8 mm in diameter by cold snare resection. Not applying electrical current during cold resection has the advantage that there is no risk of thermal injury. More than half of all colon polyps can be resected by cold removal techniques. Polypectomy site should be inspected for residual polyp because incomplete polypectomy may result in cancer.

We use Olympus OFP-2 endoscopic flushing pump to clean the visual field during every colonoscopy in our endoscopy unit. The pump is also very helpful when inspecting the site for residual polyp right after cold polypectomy. We apply the water flush with the highest flow rate possible. Foot switch operation allows the colonoscopist to aim the waterjet easily at the site of polypectomy as hands are free to control the bend of the tip of the colonoscope. The constant waterjet often raises up the denuded submucosa and the adjacent tissue from the colon wall so the margin of the polypectomy may be inspected more precisely. The insignificant bleeding caused by the cold resection is flushed away by the waterjet. If residual polyp is detected, the removal will be continued until complete resection is achieved.

In conclusion, we find endoscopic flushing pump useful for the inspection of the polypectomy site after cold resection of colon polyps.

170

#### A SZÉRUM FERRITIN SZINT ÖSSZEFÜGGÉSE A MÁJ-CIRRHOZIS SÚLYOSSÁGÁVAL, A BAKTERIÁLIS TRANSZLOKÁCIÓ MARKEREINEK JELENLÉTÉVEL ÉS A BETEGSÉG HOSSZÚTÁVÚ KIMENETELÉVEL

Tornai D.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>2</sup>, Tornai T.<sup>2</sup>, Tornai I.<sup>2</sup>, Norman G.<sup>3</sup>, Shums Z.<sup>3</sup>, Antal-Szalmás P.<sup>1</sup>, Tordai A.<sup>4</sup>, Papp M.<sup>2</sup>, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Debrecen<sup>1</sup>, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Debrecen<sup>2</sup>, Inova Diagnostics, Inc., San Diego, CA<sup>3</sup>, Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium, Országos Vérellátó Szolgálat, Budapest<sup>4</sup>

**Bevezetés:** A szérumban ferritin (SF) szint emelkedése gyakori eltérés hemochromatosisban nem szenvedő májzsugoros betegekben, melyet részben vas-akkumuláció jelének, részben szisztémás

más gyulladáshoz vezető tényezők tartanak. A cirrhosis súlyosságával párhuzamosan fokozódó bakteriális transzlokáció (BT) állandó gyulladáshoz vezető állapotot tart fent, azonban a BT és a SF szint emelkedése közötti esetleges kapcsolat eddig még nem került tisztázásra. Egy prospektív tanulmány keretében cirrhosisos populációban vizsgáltuk a BT szerológiai és genetikai markereinek összefüggését a SF szint emelkedésével, illetve értékeltük a SF prognosztikai jelentőségét a betegség hosszútávú lefolyásában. **Betegek és módszerek:** 254 stabil állapotú ambuláns cirrhosisos betegben (Ffi:50%, alkoholos: 63,4%, medián életkor:55 év, Medián MELD score 11) szendvics immunoassay segítségével mértük a SF szintet és a BT-s markereket (C-reaktív protein [CRP], Lipopoliszacharid kötő protein [LBP], IgA típusú antimikrobiális [ASCA, anti-OMP Plus<sup>TM</sup>], vagy autoantitesteket [ANCA]. A NOD2 variáns meghatározása TaqMan polimeráz láncreakcióval történt. Öt éves követéses vizsgálat során kerestük a lehetséges összefüggéseket a SF és a dekompenzációs események bekövetkezése (ascites megjelenése, varixvérzés, hepatikus encephalopathia, ill. szisztémás bakteriális infekciók kialakulása) és a mortalitás között. **Eredmények:** A SF szint függött a betegek nemétől (medián (Nő vs. Ffi): 87 vs. 148 µg/l, p=0.003), összefüggést mutatott a betegség Child-Pugh stádiuma szerinti súlyosságával (medián [ChildA/B/C]: 78, 148 és 340 µg/l, p=0.001), az ascites jelenlétével (medián [ascitesNo vs. Yes]: 90 vs. 171 µg/l, p=0.016), valamint jelentős volt a korreláció a CRP [p<0.008] és az LBP [p<0.027] szintekkel. A magas SF szint (>400 µg/l) nem jelezte előre azonban a cirrhosis-specifikus szövődemények bekövetkezését ill. a hosszútávú halálozást univariációs COX analízis során. **Következtetés:** Betegeinkben a SF szint az előrehaladott májbetegség markere, mely némileg korrelál a BT transzlokáció szerológiai markereivel, azonban nem használható rizikóbecslésre stabil állapotú ambuláns májzsugoros betegek követése során.

171

#### A TARGET SPECIFIKUS PANKREÁSZ ELLENES ANTITESTEK GYAKORIAK PRIMER SCLEROTIZÁLÓ CHOLANGITISBEN ÉS ÖSSZEFÜGGÉST MUTATNAK A SÚLYOSABB BETEGSÉGFOLYÁSSAL

Tornai T.<sup>1</sup>, Kovács G.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>1</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>, Kai F.<sup>2</sup>, Dirk R.<sup>3</sup>, Tornai D.<sup>5</sup>, Gary L. N.<sup>6</sup>, Zakara S.<sup>6</sup>, Veres G.<sup>7</sup>, Orosz P.<sup>8</sup>, Lombay ifj. B.<sup>9</sup>, Gervain J.<sup>10</sup>, Pár G.<sup>11</sup>, Pár A.<sup>11</sup>, Lakatos P.<sup>12</sup>, Szalay F.<sup>12</sup>, Antal-Szalmás P.<sup>5</sup>, Papp M.<sup>1</sup>, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Általános Orvostudományi Kar, Debreceni Egyetem<sup>1</sup>, Institute of Experimental Immunology, Euroimmun AG, Luebeck, Germany<sup>2</sup>, Institute of Natural Sciences, Brandenburg University of Technology Cottbus-Senftenberg, Senftenberg, Germany<sup>3</sup>, GA Generic Assays GmbH, Dahlewitz, Germany<sup>4</sup>, Laboratóriumi Medicina Intézet, Általános Orvostudományi Kar, Debreceni Egyetem<sup>5</sup>, Inova Diagnostics, Inc., San Diego, CA, CA 92131<sup>6</sup>, I.sz Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>7</sup>, II.sz Belgyógyászati Osztály, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc<sup>8</sup>, Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Gasztroenterológiai Rehabilitációs Osztály<sup>9</sup>, I. Belgyógyászat/Hepato-Pancreatológia Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár<sup>10</sup>, I.sz Belgyógyászati Klinika, Általános Orvostudományi Kar Pécsi Tudományegyetem<sup>11</sup>, I.sz Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>12</sup>

**Bevezetés:** A CUB zona pellucida-szerű domain 1 (CUZD1) és a glikoprotein 2 (GP2) fehérjék a bélrendszer veseüzletett immunitásában szerepet játszó fehérjecsaldhoz tartoznak. Ezeket az antigéneket, a Crohn betegségben gyakori pancreas ellenes antitestek specifikus célpontjaiként azonosították. Ezen antitestek előfordulását és prognosztikai szerepét vizsgáltuk primer sclerotizáló cholangitisben (PSC). **Módszerek:** 69 PSC-s beteget vizsgáltunk. A pancreas-ellenes antitest meghatározásokat szérumból végeztük CUZD1-t és GP2-t expresszáló transzfektált HEK293 sejteket tartalmazó biochipen indirect immunfluoreszcens módszerrel. Az (IBD) klasszikus markereit is meghatároztuk (p-ANCA IgA/G, ASCA IgA/G valamint anti-OMP IgA). A kontroll csoport Crohn (CD) és colitis ulcerosus (UC) betegekből állt. A súlyos kórfolyást a májtranszplantáció szükségességével vagy a halálozással

bekövetkezéssel definiáltuk. **Eredmények:** PSC-s betegek 43,5%-ában (n=30) találtunk legalább egy pancreas-ellenes antitestet, mely gyakoribb volt a kontrollokhoz képest (CD:26,8%, p<0,01; UC:7,6%, p<0,001). A pozitív esetek 33,3%-ban (n=10) csak anti-CUZD1, 33,3%-ban csak anti-GP2 és 33,3%-ban mindkét antitest jelen volt. Az anti-CUZD1 antitestek IgA és IgG típusúak, míg az anti-GP2 antitestek kizárólag IgA típusúak voltak. Már kialakult cirrhosis esetén az a-GP2 IgA előfordulása/jelenléte gyakoribb volt (50% vs. 24%, p=0,052). A betegek életkora és a társuló IBD nem befolyásolták a pancreas-ellenes antitestek előfordulási gyakoriságát. Kaplan-Meier analízis során a klasszikus markerek közül egyik sem, a pancreas-ellenes antitestek közül kizárólag az IgA típusú anti-GP2 függött össze a betegség gyorsabb progressziójával (pLogRank: 0,005), azaz a májtranszplantációig vagy a halálzásig eltelt rövidebb idővel. Az anti-GP2 IgA pozitívítás Cox regresszió során a májcirrhosis jelenlétére korrigálva is független kockázati tényező maradt (HR: 4,31 95%CI: [1,05-17,61]). **Összefoglalás:** A pancreas ellenes antitestek PSC-ben gyakoriak. Az IgA típusú anti-GP2 antitest összefüggése a betegség progressziójával egy újabb bizonyítéka annak, hogy a bélrendszer, a veleszületett immunitás és a májbetegség kapcsolatának PSC-ben kiemelt szerepe van.

## 172

### A BÉL BARRIER ELÉGTELENSÉG BIOMARKEREI PRIMER SCLEROTIZÁLÓ CHOLANGITISBEN ÖSSZEFÜGGÉST MUTATNAK A BETEGSÉG SÚLYOSABB LEFOLYÁSÁVAL

**Tornai T.<sup>1</sup>, Kovács G.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>1</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>, Kai F.<sup>2</sup>, Dirk R.<sup>3</sup>, Tornai D.<sup>5</sup>, Gary L. N.<sup>6</sup>, Zakera S.<sup>6</sup>, Veres G.<sup>7</sup>, Orosz P.<sup>8</sup>, Lombay ifj. B.<sup>9</sup>, Gervain J.<sup>10</sup>, Pár G.<sup>11</sup>, Pár A.<sup>11</sup>, Lakatos P.<sup>12</sup>, Szalay F.<sup>12</sup>, Antal-Szalmas P.<sup>5</sup>, Papp M.<sup>1</sup>**, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Általános Orvostudományi Kar, Debreceni Egyetem<sup>1</sup>, Institute of Experimental Immunology, Euroimmun AG, Luebeck, Germany<sup>2</sup>, Institute of Natural Sciences, Brandenburg University of Technology Cottbus-Senftenberg, Senftenberg, Germany<sup>3</sup>, GA Generic Assays GmbH, Dahlewitz, Germany<sup>4</sup>, Laboratóriumi Medicina Intézet, Általános Orvostudományi Kar, Debreceni Egyetem<sup>5</sup>, Inova Diagnostics, Inc., San Diego, CA, CA 92131<sup>6</sup>, I.sz Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>7</sup>, II.sz Belgyógyászati Osztály, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc<sup>8</sup>, Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Gasztroenterológiai Rehabilitációs Osztály<sup>9</sup>, I.Belgyógyászat/Hepato-Pancreatológia Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár<sup>10</sup>, I.sz Belgyógyászati Klinika, Általános Orvostudományi Kar Pécsi Tudományegyetem<sup>11</sup>, I.sz Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>12</sup>

**Bevezetés:** Primer sclerotizáló cholangitisben (PSC) a betegség kórlefolyását illetően a máj és a bélrendszer kapcsolata nem teljesen tisztázott. PSC-s betegekben a bél immunológiai és barrier diszfunkcióját jelző szerológiai markerek szerepét vizsgáltuk. Betegek és módszerek: 69 PSC-s beteg (medián életkor: 32 (5-79) év, gyulladásoos bélbetegség (IBD): 67%, cirrhosis: 20%) szérumból enzimekkel immunoszorbens módszerrel határoztuk meg az anti-F-actin (AAA) IgA, anti-gliadin (AGA) IgA és IgG jelenlétét, az IgA1, IgA2, szekretoros (s)IgA és intesztinális zsírsavkötő fehérje (I-FABP) koncentrációját. A májtranszplantáció szükségessége, vagy a halálzás jelentette a súlyos kórlefolyást. A kontroll csoport egészséges egyénekből (n=155) és colitis ulcerosás (CU) betegekből (n=179) állt. **Eredmények:** PSC-ben az I-FABP koncentrációja az egészségesekhez hasonló (216 vs. 244 pg/ml), ugyanakkor CU-hoz képest (176 pg/ml, p<0,05) magasabb volt. A slgA koncentrációja (95,7 µg/ml) az egészségesekhez képest háromszor, az CU-hoz képest kétszer magasabb volt (p<0,001). PSC-ben AAA IgA 28,4%-ban, AGA IgA 9%-ban, AGA IgG 20,9%-ban volt detektálható, az AAA IgA és az AGA IgG előfordulása gyakoribb volt a kontrollokhoz képest. Társuló IBD esetén a slgA koncentrációja alacsonyabb volt (80,7 vs. 160,4 µg/ml, p<0,001) valamint már kialakult májzsugor esetén az I-FABP szintje volt magasabb (342 vs. 187 pg/mL, p=0,06). A betegek életkora és neme nem befolyásolta a vizsgált markerek gyakoriságát, vagy

szérumszintjét. Kaplan-Meier analízis alapján a májtranszplantációig, vagy halálzásig eltelt idő rövidebb volt a specifikus IgA antitestek jelenléte, vagy magas slgA (>175µg/ml) szint esetén, míg az össz IgA szint, az IgA2/IgA1 arány és az I-FABP szint esetén nem volt ilyen összefüggés. Cox regresszió során a cirrhosis jelenlétével korrigálva mindhárom vizsgált marker szignifikáns maradt (HR [95%CI], AAA IgA: 5,15 [1,27-20,86], AGA IgA: 5,07 [1,25-20,54], slgA: 3,67 [1,05-12,82]). Együtt vizsgálva őket még erősebb összefüggés volt kimutatható (HR [95%CI]: 11,30 [2,84-44,93], ha >1 marker pozitív). **Összefoglalás:** A bélbarrier elégtelenséghez köthető IgA antitestek PSC-ben egy gyorsabb progressziójú csoportot azonosítottak, alátámasztva a bél-máj tengely fontosságát a betegség patogenezisében.

## 173

### CHARACTERIZATION OF PANCREATIC DUCTAL FLUID AND BICARBONATE SECRETION IN WILD TYPE FERRETS

**Tóth E.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>1</sup>, Venglovecz V.<sup>2</sup>, Rakonczay Z.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>5</sup>**, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>3</sup>, MTA-SZTE Momentum Translational Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>4</sup>, Institute for Translational Medicine/1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>5</sup>

**Introduction:** Cystic fibrosis (CF) is a lethal genetic disease affecting several organs, including the pancreas. Although animal models are available to study the CF related tissue damage they have clear limitations. Recently a cystic fibrosis transmembrane regulator (CFTR) knock out ferret model was generated. This model would be the first available one to study pharmacological prevention of the disease development. **Aim** We aimed to characterize the fluid and bicarbonate secretion of wild type (WT) ferret pancreatic ducts. **Methods:** Expression of CFTR was detected by immunohistochemistry. Intra/interlobular pancreatic ducts were isolated from the WT ferret pancreas. Resting pH, buffer capacity and Cl-/HCO<sub>3</sub> exchange activity were evaluated by microfluorometry. Fluid secretion was examined by video microscopy. **Results:** CFTR was expressed on the luminal membrane of ferret pancreatic ducts. The resting intracellular pH of pancreatic epithelial cells is lower (7.17±0,08) in ferrets compared to mice (7.31) or to guinea pigs (7.36). Concerning the bicarbonate influx mechanisms, functionally active sodium/hydrogen exchanger and sodium/bicarbonate cotransporter were detected. Anion exchanger activity measured by NH<sub>4</sub>Cl- technique, Cl- removal and inhibitory stop methods indicated that ferret pancreatic ducts secrete similar amount of bicarbonate as mice and guinea pigs. Video microscopy revealed a significant increase in fluid secretion to HCO<sub>3</sub>- and to 5µM forskolin stimulation. **Conclusion:** Ferret pancreatic ductal epithelial cells express the major epithelial ion transporters. Our results indicate that ferret could be a suitable model organism to study the CF related pancreatic damage. Moreover this model opens up the possibilities to test pharmacological interventions in the disease development.

## 174

### INTRAOPERATÍV ENDOSCOPIA SZEREPE A RECTUM ILLETTÉBEN

**Tóth I.<sup>1</sup>, Abraham S.<sup>1</sup>, Paszt A.<sup>1</sup>, Simonka Z.<sup>1</sup>, Ottlakán A.<sup>1</sup>, Benyó F.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Lázár G.<sup>1</sup>**, SZTE ÁOK Sebészeti Klinika<sup>1</sup>, SZTE ÁOK 1.sz. Belgyógyászati Klinika<sup>2</sup>

**Bevezetés:** A colorectalis daganatok sebészetében a laparoscopos technika megjelenésével az intraoperatív endoscopia (IOE) szerepe is előtérbe került. Nemcsak a laparoscopos eszközökkel nem tapintható elváltozások lokalizációjában játszik szerepet, hanem a sebészi radikalitás tekintetében is. Célkitűzésünk annak megállapítása volt, hogy az SZTE Sebészeti Klinikán 2015-ben rectum tumorok miatt végzett műtétek során az IOE hogyan befolyásolja a sebészi radikalitást. **Beteganyag és módszer:** 2015.

január 1. és december 31. között Klinikánkon 121 betegnél történt rectum illetve rectosigmoidealis tumor miatt műtét. Vizsgálatunkból kizárásra kerültek a neoadjuváns kezelés utáni teljes klinikai/patológiai regressziót mutató esetek, az akut műtétek, a palliatív resectiók illetve a stomaképzéssel valamint exstirpatioval végződött esetek. Így 51 beteg (38 laparoscopos-, 13 nyitott műtéti technikával) műtéti eredményeit vizsgáltunk. 51 esetből 13-ban történt IOE. IOE-t csak laparoscopos műtétek során kellett végezni. Ezen esetek szövettani eredményeit az IOE-n át nem esett betegek adataival hasonlítottuk össze. Vizsgáltuk az eltávolított nyirokcsomók számát valamint a daganat distalis resectios szélétől mért átlagos illetve minimális távolságát. **Eredmények:** Az átlagos distalis resectios távolság nem szignifikáns, de számottevő különbséget mutatott az IOE-n átesett csoport javára (30,38 vs. 25,89 mm). A distalis resectios szélétől mért minimális távolságban nem volt különbség a két csoportban (2 vs. 2 mm). Az átlagosan eltávolított nyirokcsomók tekintetében szintén minimális, nem szignifikáns különbség mutatkozott (IOE: 11,31; IOE nélküli: 11,73). **Összefoglalás:** Vizsgálatunk és az eddigi sebészi tapasztalatok alapján megállapíthatjuk, hogy az IOE a colorectalis sebészet elengedhetetlen feltétele. A biztonságos távolságban lévő, tumormentes resectios szél meghatározása, valamint a regionális nyirokcsomók eltávolítása a műtét onkológiai radikalitásának elengedhetetlen feltétele. Az IOE nemcsak a nem tapintható elváltozások lokalizációjában, hanem a distalis resectios szél pontos meghatározásában is segítséget nyújt. Ezek alapján kijelenthető, hogy a nem tapintható rectum tumorok esetén az IOE segítségével biztosítható a megfelelő sebészi és onkológiai radikalitás.

#### 175 BÉLELÉGTLEEN BETEGEK OTTHONI PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁSA

Udvarhelyi G.<sup>1</sup>, Bíró I.<sup>1</sup>, Molnár A.<sup>2</sup>, Sahin P.<sup>3</sup>, Topa L.<sup>1</sup>, Gasztroenterológia, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Patológiai tudományág, Egészségtudományok program, Budapest<sup>2</sup>, Gasztroenterológia, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Budapest<sup>3</sup>

**Bevezetés:** A retrospektív vizsgálatunk célja, a 2013. január 1-óta működő budapesti Szent Imre Kórház otthoni parenterális táplálási (OPT) centrumban kezelt betegek tápláltsági állapot változásának vizsgálata a gondozásba vételtől a felfüggesztésig illetve az adatgyűjtés lezárásáig. Magyarországon működő OPT centrumok közül, ez a központ gondozta a legtöbb beteget, az elmúlt 3 évben. Összesen 19 beteg került bevonásra a programba, ebből 11 beteg jelenleg is OPT kezelésre szorul, 8 betegnél felfüggesztésre került a parenterális táplálás (5 beteg bélelyesítő műtét vagy sikeres adaptáció után kikerült a programból, 3 beteg elhunyt). **Módszer:** A kontrollvizsgálatok során bioimpedancia alapú testösszetétel analízist is végeztünk a táplálásterápia hatékonyságának követésére. Folyamatosan monitoroztuk a gondozás alatt bekövetkező változásokat és a kutatás során összehasonlítottuk a betegek első és utolsó leletét, a teljes testtömegre, a zsírintes testtömegre, az izom- és zsírtömegre vonatkozóan. A kapott eredményeket összevetettük a nemzetközi adatokkal, és alcsoportos elemzéseket végeztünk a bélelégztelenség etiológiája szempontjából. **Eredmények:** A betegeink első és utolsó BIA (bioimpedancia analízis) leletei alapján elmondható, hogy a táplálásterápia (diéta, iható tápszerek fogyasztása, parenterális táplálás) pozitív hatást gyakorolt a testösszetételre, mivel sikerült a zsírintes testtömegüket növelni, és zsírtömegüket csökkenteni. A zsírintes testtömegük 40,9 kg-ot nöött (ebből a vázizom tömegük 23,8 kg-ot növekedett), és zsírtömegük 62,4 kg-ot csökkent. Összességében elmondható, hogy a teljes testtömeg csökkenés (19,3 kg) főleg az zsírtömegeből történt.

#### 176 ORIGIN OF ALIX POSITIVE EXOSOMES IN THE COLORECTAL ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE

Valcz G.<sup>1</sup>, Galamb O.<sup>1</sup>, Krenács T.<sup>2</sup>, Spisák S.<sup>3</sup>, Kalmár A.<sup>4</sup>, Patai Á. V.<sup>4</sup>, Wichmann B.<sup>1</sup>, Dede K.<sup>5</sup>, Tulassay Z.<sup>1</sup>, Molnár B.<sup>1</sup>, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, 1st Department of Pathology and Experimental

Cancer Research, Semmelweis University Budapest & MTA-SE Tumor Progression Research Group, Budapest, Hungary<sup>2</sup>, Department of Medical Oncology, Dana-Farber Cancer Institute, Boston, Massachusetts, USA<sup>3</sup>, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>4</sup>, Uzsoki Teaching Hospital, Department of General Surgery and Surgical Oncology, Budapest, Hungary<sup>5</sup>

**Background:** During colorectal carcinoma (CRC) formation exosomes play important roles as intercellular regulators in conveying complex signals between epithelial/carcinoma cells and their abnormal microenvironment. Our aim was to characterize changes in exosome-based communication in the colorectal adenoma-carcinoma sequence by determining ALG 2-interacting protein X (ALIX) exosome marker production on mRNA and protein level. **Methods:** mRNA expression was analyzed using Affymetrix HGU133 Plus2.0 whole transcriptome data of healthy (n=49), adenoma (n=49) and CRC (n=49) samples. Immunohistochemistry was performed on healthy (n=27), adenoma (n=42), CRC (n=37) patients and stained for ALIX exosome, cytokeratin (CK) epithelial, podoplanin (PDPN) lymphatic vessel, Ki-67 proliferative and Musashi-1 (MSI1) stem cell markers. Slides were digitalized and analyzed with digital microscopy. **Results:** We found significantly decreased (p<0.05) ALIX mRNA expression both in adenoma and CRC samples compared to normal samples. Similarly, significantly reduced (p<0.05) ALIX protein levels were detectable in adenoma and CRC samples compared to normal ones. The reduced protein expression was accompanied by gradual transition from diffuse cytoplasmic (in normal epithelium) expression to granular signals (in adenoma and CRC samples) with 0.6-2 µm diameter size range of multivesicular bodies. The granular ALIX expression was not limited to the proliferative and stem cells, but was also observed in budding CI+ and MSI1+ stromal cells, as well as in the lumen of PDPN+ lymphatic vessels in invasive CRCs. **Conclusions:** The altered ALIX expression pattern in pre-neoplastic lesions suggests that abnormal exosome transport may play an important role in the adenoma to carcinoma transformation. Furthermore, the increased frequency of exosome marker expression in stromal and budding cancer cells, and also in the lumen of lymphatic vessels suggests that the exosome based information flow may be fundamental in the development of local and distant pre-metastatic microenvironments in CRC patients. This study was funded by the Research and Technology Innovation Fund, Hungary, KMR\_12-1-2012-0216 and Hungarian Scientific Research Fund (OTKA-K111743 grant).

#### 177 A NOVEL CELLULAR MODEL FOR FUNCTIONAL STUDIES OF PH REGULATION AND ELECTROLYTE TRANSPORT MECHANISMS IN AMELOGENESIS

Varga G.<sup>1</sup>, Rácz R.<sup>1</sup>, Bori E.<sup>1</sup>, Department of Oral Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>

During amelogenesis, the formation of hydroxylapatite crystals liberates a large number of protons that requires buffering, presumably by secretion of bicarbonate. No functional data exist for mineral ion transport by ameloblasts. Therefore, we developed a novel cellular model to investigate these mechanisms, using the HAT-7 rat ameloblast cell line. Our **aims** were to provide functional evidence for the role of several key transporters in pH regulation in HAT-7 cells and to test whether cells achieve transepithelial bicarbonate transport in our model. We investigated which signaling pathway plays a role in the regulation of this mechanism and also whether fluoride exposure can disturb this process. **Methods:** To gain monolayers, HAT-7 cells were seeded on Transwell permeable filters and cultured in differentiation medium for 4 days. We monitored transepithelial resistance as an indicator of tight junction formation and polarization. We evaluated intracellular pH changes by microfluorometry using BCECF fluorescent indicator. The activity of transporters was tested by withdrawal of various ions from outer solutions, and by using specific inhibitors and modulating agents. **Results:** We detected

sodium/proton-exchanger, anion-exchanger and sodium/potassium/chloride-cotransporter activity at the basolateral side of HAT-7 cells. Measurements of transepithelial bicarbonate transport showed a significant increase in response to Ca<sup>2+</sup> and cAMP-mobilizing stimuli (ATP and forskolin). We could not detect significant alteration in bicarbonate secretion upon acute fluoride exposure in this setting, although 1 mM fluoride induced substantial cell death when applied for at least 24h. **Conclusions:** We could verify the activity of several key transporters affecting the pH regulation of HAT-7 ameloblast cells. HAT-7 cells are functionally polarized and are able to take up bicarbonate ions from the basolateral side and secrete them at the apical membrane. Our HAT-7 model can be a useful tool to conduct functional studies for the better understanding of amelogenesis. Supported by:NIH-NIDCR 5R01DE013508 subaward:7743sc

178

**KIS GÖMBÖC AZ ENDOSZKÓPIÁN**

Varga R.<sup>1</sup>, Lestár A.<sup>1</sup>, Föhrécz E.<sup>1</sup>, Budai N.<sup>1</sup>, Veress E.<sup>1</sup>, Tóth A.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Dunkel K.<sup>1</sup>, Székely A.<sup>1</sup>, Horváth L.<sup>1</sup>, Székely I.<sup>1</sup>, Fejes R.<sup>1</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház Endoszkópos Laboratórium Székesfehérvár<sup>1</sup>

**Bevezetés:** Idegentest a tápcsatornába véletlen, vagy szándékos lenyelése során kerülhet. Ismeretes, hogy a gyermekek időnként a kisebb tárgyakat véletlenül le is nyelhetik. Felnőtt korban is megtörténhet idegentestek véletlen lenyelése, de az esetek döntő többsége büntetési intézményben fogvatartottak és bizonyos elmebetegségekben szenvedők körében fordul elő. A nyelőcsőben elakadt idegentestek 24 órán belül eltávolítandók. A gyomorból a 2,5 cm-nél nagyobb tárgyak spontán távozása nem várható, illetve a 6 cm-nél hosszabbaké sem, ezért megelőző eltávolításuk javasolt. Sürgős eltávolítást igényelnek a gombelemek és a mágnesek. Előadásunkban egy „gyakorló tárgyakat-lenyelő” pszichiátriai beteg ellátása kapcsán szerzett tapasztalatokat és tanulságokat mutatjuk be. **Esetismertetés:** A 17 éves nőbeteg, aki egy gyermekotthon lakója, intézetünkben fél év alatt 11 alkalommal észleltük konfliktus helyzeteket követő frusztráció okozta idegentest nyelés miatt. Évek óta számos intézményben megfordult már hasonló ellátási igény miatt. A lenyelt tárgyak skálája és darab száma igen széles. Némely tárgy eltávolítása csak altatásban volt elvégezhető. A beavatkozás minden esetben nagy felkészülést jelentett mind az orvos, mind az asszisztens számára, mert minden eshetőségre fel kellett készülni az idegentest eltávolítása során. A legutóbbi ellátása alkalmával az idegentestek egy részét (kettőtört fogkefe) tudtuk csak eltávolítani, mert a másik része (fém drótok) endoszkóposan (már) eltávolíthatatlan volt. A betegeket szoros kórházi obszerváció alá helyeztük, hogy a műtét, perforáció esetén haladéktalanul megtörténjen. Az idegentestek útját, helyét és helyzetét sorozatos röntgen-felvételekkel szorosan követve, valamint prokinetikum és hashajtó adásával, a megfelelő bél perisztaltikát biztosítva 25 nap után a fémdrótok per vias naturales távoztak. **Konklúzió:** Az endoszkópiát megelőző időkből ismert, hogy a tápcsatornai idegentestek 80 %-a spontán távozik. Endoszkópos eltávolításuk a rendelkezésre álló evidenciák, valamint az adott klinikai környezet által biztosított helyi lehetőségek, tapasztalatok és protokollok mentén hozott döntésekre alapul. A szoros követés sebészi beavatkozás nélkül is biztonságos.

179

**A GASZTRENTEROLOGUS ÉS A SEBÉSZ AZ ENDOSKOPOS LABORBAN ASSZISZTENS SZEMSZÖGBŐL**

Varga-Csuka S.<sup>1</sup>, Lukovich P.<sup>1</sup>, Endomedix Diagnosztikai Központ<sup>1</sup>

Az utóbbi években az endoszkópos vizsgálatok már nem csak a diagnózis felállításáról szólnak hanem terápiás vizsgálatokat is végzünk. Ha a vizsgálat során olyan elváltozásra kerül fény amihez sebész szükséges akkor tudnunk kell, hogy vannak jelölési technikák amivel a sebész munkáját segíteni tudjuk. Ki kell alakítani egy endoszkópos- sebész team kooperációt, ismernünk kell a másod lehetőségeit, technikáit. A laparoszkópos műtétknél elengedhetetlen a pontos hely meghatározás és nem elengedhető

a cm. Az elváltozások helyének megjelölésére több módunk van. Az egyik ilyen a klippekkel való jelölés aminek hátránya hogy a hátránya hogy a műtét előtt pár nappal kell felhelyezni, de ez esetben nem mindig jut műtétre a páciens pár napon belül, ezért elképzelhető, hogy a klippekkel való jelöléses endoszkópos vizsgálatot még egyszer el kell végezni. A klippek lokalizációjához esetlegesen UH vagy RTG szükséges. A TUS-sal való jelölés a legelterjedtebb. Ez a legideálisabb megfelelő hígításban nem toxikus könnyen használható módszer és még egy hónap múlva is jól látszik. Ez minimál feltétel kell, hogy legyen minden intézményben ez lehet fotó vagy videó formájában. Ha egy éber vizsgálatnál a páciens látja a monitoron megvan a vizsgálat alatti tájékoztatás, de sok esetben történik narkózisban levő vizsgálat így amikor leletkiadásra kerül sor fontos hogy képi dokumentációt tudjunk adni a páciensnek amit későbbiekben a sebész fel tud használni. Ha lehetőségünk van legyen sebészi kommunikáció, ez nem minden rendelésben adatik meg. Fontos hogy mind két szakág ismerje az új technikákat és ismerjék egymás korlátait, ez vonatkozik az asszisztensokra is. A páciensek jobb, gyorsabb ellátásban részesüljenek, megelőzhetőek lennének a felesleges vizsgálatok és a felmerülő költségek is csökkennének.

180

**ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE-NEEDLE ASPIRATION - A PATHOLOGIST'S PERSPECTIVE**

Vasas B.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>2</sup>, Hamar S.<sup>1</sup>, Kaizer L.<sup>1</sup>, Fábrián A.<sup>2</sup>, Czákó L.<sup>2</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Tiszlavicz L.<sup>1</sup>, University of Szeged, Department of Pathology<sup>1</sup>, University of Szeged, 1st Department of Medicine<sup>2</sup>

**Introduction:** Endoscopic ultrasound (EUS) is a highly sensitive method for visualizing and staging lesions in the gastrointestinal tract, liver, pancreas, adjacent lymph nodes, and other abdominal, retroperitoneal and mediastinal organs. EUS-guided fine-needle aspiration (EUS-FNA) yields an opportunity for rapid cytological and/or histological verification of the detected tumor that could be essential for prognostic stratification and therapeutic decision making. The diagnostic efficacy of this technique depends on many variables, including the sampling techniques, needle types, processing of samples, and most importantly, on the active collaboration between endoscopists, pathologists and other members of the patient care. The aim of our presentation is to discuss the optimal collection, processing, ancillary studies, and standardized reporting of FNA samples from a pathologist's perspective, emphasizing the problems and pitfalls in the diagnosis of lesions of various organ systems, predominantly the pancreas. **Aims and methods:** We analyzed 218 EUS-FNA samples in the University of Szeged, Department of Pathology with the collaboration of University of Szeged, 1st Department of Medicine between May 2011 and February 2016. The most common lesions were solid pancreatic masses (n=109), additionally 33 cystic pancreatic lesions, 25 lymph nodes, 13 mediastinal neoplasms, 14 primary or metastatic liver tumors, 2 adrenal adenomas, 6 pararectal lesions and 16 GISTs were examined. We will review our methods for managing samples obtained with FNA and also discuss their diagnostic efficacy. **Results and conclusion:** Based on our experience, an accurate cytological diagnosis requires proper smearing technique, immediate wet fixation in methanol, and hematoxylin-eosin staining of the smears. We recommend formalin fixation and paraffin embedding of the larger tissue cores derived from the needles, so special stainings and immunohistochemistry can be performed. The cytological/histological examination of fluid obtained by flushing the needle with saline is also diagnostic in approximately half of the cases. The use of clear, standardized nomenclature for reporting is mandatory for speaking a common language with clinicians, therefore we use the Papanicolaou Society of Cytopathology's six-tiered terminology system for pancreaticobiliary specimens.

181

### NATIONWIDE PREVALENCE OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN HUNGARY. A POPULATION-BASED STUDY BASED ON THE NATIONAL HEALTH INSURANCE FUND DATABASE

Végh Z.<sup>1</sup>, Fadgyas-Freyler P.<sup>2</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>, Lovász B.<sup>1</sup>, Kürti Z.<sup>1</sup>, Gimesi-Ország J.<sup>2</sup>, Korponai G.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, Strategic Analysis Department, National Health Insurance Fund (OEP), Budapest<sup>2</sup>

**Background** Regional studies on inflammatory bowel disease (IBD) suggest an increasing prevalence over time, but few nationwide estimates have been published so far. **Aims** To estimate the IBD prevalence in 2013 in Hungary overall, by disease, and in specific patient segments. **Methods** Patients were identified according to international classification codes for ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD) in in-patient care, day surgery, non-primary out-patient care and drug prescription databases (2011–2013) of the National Health Insurance Fund (OEP), the only nationwide state-owned health insurance provider in Hungary. **Results** Requiring any diagnoses of IBD in non-primary care, a total of 55 039 individuals (men: 44.6%) with physician-diagnosed IBD were alive in Hungary in 2013, corresponding to a prevalence of 0.55% (95% CI, 0.55–0.56). The prevalence of CD 0.20% (95% CI, 0.19–0.20), and UC was 0.34% (95% CI, 0.33–0.34). The prevalence both in men and women was the highest in the 20–39 year-olds in CD, while it increased with age in UC, and peaked at ages 50–59 years. Prevalence of actively treated disease (defined as two or more IBD-related visits, plus at least yearly one dispensed prescription of IBD-related drugs in 2011–2013) was 0.31% (95% CI, 0.31–0.32), 0.13% (95% CI, 0.27–0.28) in CD and 0.18% (95% CI, 0.17–0.18) in UC. **Conclusions** The Hungarian IBD prevalence based on nationwide database of the National Health Insurance Fund was higher compared with previous estimates based on the Veszprem IBD cohort. While prevalence estimates were robust across different case definitions, once two or more non-primary out-patient care visits were required, only about 60% of prevalent patients were receiving regular IBD-related medical therapy

182

### NYELNI VAGY NEM NYELNI – KAPSZULA ENDOSCOPOS VIZSGÁLAT KIVITELEZÉSE ÉS SZÖVŐDMÉNY ELHÁRÍTÁSA EGY IDŐS BETEGÜNK ESETE KAPCSÁN

Velkei T.<sup>1</sup>, Dubravcsik Z.<sup>1</sup>, Gyimesi G.<sup>1</sup>, Csőke D.<sup>1</sup>, Madácsi L.<sup>1</sup>, Szepes A.<sup>1</sup>, Gasztroenterológia Osztály és OMCH Kft. Endoscopy Laboratórium, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét<sup>1</sup>

**Bevezetés:** Kórházunkban 2011 óta van lehetőségünk vékonybél kapszula endoscopyos vizsgálatok végzésére, az OEP által megszabott feltételek alapján, occult vérzésforrás keresésére. A szakirodalomban sok közlemény szól a kapszula endoscopya potenciális szövődményeiről, köztük a kapszula retentiojáról, azonban a légutakba került kapszulákról és ezek – általában bronchoscopyal történő - eltávolításáról viszonylag kevés említés esik. Centrumunkban 5 év alatt 126 beteg vizsgálatát végeztük el, melyek közül 4 idős beteg esetében kényszerültünk a kapszula duodenumba való, endoscopyal történő átjuttatására (3,2%). 1 betegnél a gyomorban, 2 betegnél a cardia fölött akadt meg a kapszula. **Betegek:** A negyedik, idős, 85 éves betegünknel folyamatos anaemizálódás és fekete széklet miatt zajlott kivizsgálás, mely végén kapszula endoscopyára kényszerültünk. Az elesett állapotú, fekvő, de kooperáló betegnél a hagyományos módon zajlott a kapszula lenyelése. A pozíció ellenőrzése során felmerült a kapszula légutakba kerülésének gyanúja, bár ennek semmilyen klinikumát nem észleltük. Gastroscopyal ellenőriztük a felső GI-tractust, azonban a kapszulát nem találtuk. Ezután rtg-vel ellenőriztük a kapszula helyzetét. Mivel ez is a légutakban látta kapszulát, bronchoscopyát terveztünk, azonban ehhez való accessory nem állt rendelkezésre. Végül nasogastroscopy vezetése mellett döntöttünk, azonban ehhez való accessory szintén nem volt Centru-

munkban, így a hagyományos gastroscopyhoz való hurok átalakításával nyertünk a nasogastroscopyhoz használható eszközt. Végül eltávolítottuk a légutakból a kapszulát, mely ezután a duodenumba juttatva a vizsgálat folytatására alkalmasnak bizonyult. **Következtetések:** Bár beteg általános fizikai állapota természetesen jelentősen befolyásolhatja a döntésünket, azonban felmerül, hogy idős, elesett állapotú betegnél a szövődmények elkerülése érdekében endoscopyal vezessük le a kapszulát a duodenumba. Emellett javasoljuk, hogy a beteg érdekében bátran vállalkozzunk szokatlan megoldásokra és szükség esetén alakítsuk át a rendelkezésre álló eszközeinket.

183

### HUPIR – MÚLT, JELEN, JÖVŐ

Veres G.<sup>1</sup>, HUPIR G.<sup>1</sup>, Müller K.<sup>1</sup>, I.sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>1</sup>

**Bevezetés:** A hazai Gyermekkorú Gyulladásos bélbetegségek (IBD) regisztere (HUPIR) 2007. január 1. óta működik. Az elmúlt években a regiszter a hazai- és nemzetközi gyakorlat számára hasznos adatokat szolgáltatott. **Módszerek:** Országos lefedettségű, prospektív regiszter, melybe az újonnan diagnosztizált, 18 év alatti gyulladásos bélbetegségben szenvedő gyermekeket vonjuk be. 2010 óta évenkénti prospektív követés is zajlik. **Eredmények:** A HUPIR adatbázisába 2007-óta mintegy 1300 gyermek került be. Ezen időszakban fokozatosan emelkedő incidenciát látnak: 7,1/105 (2007)-ről 8,5/105-re emelkedett az incidencia 2015-re. Nemzetközi összehasonlításban hazánk a magas incidenciájú országok közé sorolható. A diagnóziskor betegek háromnegyed 10–17 év közötti. Crohn-betegségben minden, Párizs klasszifikáció szerinti korosztályban az ileocolonicus forma volt a feldolgozott betegpopulációban a leggyakoribb. A regiszter működése során a diagnosztikus gyakorlat egyre inkább közelít a Portói kriteériumokhoz, mára a betegek felénél megtörténik az alsó és felső endoscopya mellett a vékonybél képalkotó vizsgálata, a regiszter induláskor ez az arány alig egyharmad volt. A prospektív évenkénti követésnél az adatfeldolgozás szempontjából jelentős problémát jelent, hogy a követett betegek jelentős része eléri a felnőttkort, illetve eltűnik a gondozók szeme elől. Tervezetten a prospektív adatgyűjtést 2020-ig tervezzük. A terápiás gyakorlat változása tapasztalható az elmúlt években. Az indukciós terápiában az szteroidok helyét egyre inkább átveszi az exkluzív enterális táplálás (EEN). Eddig 4 nemzetközi publikáció jelent meg a HUPIR adataiból. A web-alapú regiszter a modern, jól kezelhető adatbázisok alappillére, ennek indítása 2016 tavaszán tervezett. **Következtetés:** A HUPIR adatbázis nemzetközi szinten is egyedülállónak tekinthető, mint országos lefedettségű, prospektív követéses regiszter. Adataink alapján megállapítható, hogy a gyermekkorú IBD incidenciája fokozatosan növekszik, a diagnosztika javul és a terápia is egyre inkább követi a nemzetközi útmutatók ajánlásait.

184

### EFFECTIVITY OF TISSUE SAMPLING DURING ERCP IN BILIARY OBSTRUCTION

Vincze Á.<sup>1</sup>, Gódi S.<sup>1</sup>, Pakodi F.<sup>1</sup>, Hegedűs L.<sup>2</sup>, Kálmán E.<sup>2</sup>, First Department of Medicine, University of Pecs<sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Pecs<sup>2</sup>

**Introduction:** ERCP is the primary tool in the diagnosis and management of bile duct stenosis. Tissue sampling during the procedure can confirm the diagnosis, and help to decide on surgical and/or oncological therapy, however often neglected due to its disappointingly low sensitivity. **Aim and Methods:** Retrospective analysis was carried out to evaluate the efficacy of tissue sampling during ERCP in our practice. 172 patients (83 females, 89 males) had 311 ERCP procedures for bile duct obstruction during a 15-month period from January 1, 2015. The clinical course was followed up, and the nature of obstruction was also confirmed by imaging studies, surgical finding and/or outcome. **Results:** The cause of bile duct obstruction was benign condition in 35 patients (20%), while pancreatic head cancer was diagnosed in 62 patients (36%), cholangiocarcinoma in 26 patients (15%), metastatic

lymph node compression in 12 patients (7%), Vater papilla neoplasia in 7 patients (4%). Tissue sampling was carried out in 46 cases during ERCP: brush cytology was taken in 25 cases and biopsy was performed in 21 cases. Benign nature of stenosis was found in 11 cases during follow up, the cytology or histology were also negative in 10 of these cases. The cause of obstruction was due to malignancy in 35 cases, but the tissue sampling during ERCP was confirmatory only in 11 cases (31%), probable malignant cause of stenosis was diagnosed in 10 cases (29%). Taken all these together, malignancy or suspected malignancy was shown in 21/35 cases (60%), and false negative result was observed 14 cases (40%). The calculated positive predictive value of tissue sampling during ERCP was 95.5%, while the negative predictive value was only 41.7%. Adverse events related to tissue sampling during ERCP were not observed. **Conclusion:** Brush cytology or biopsy during ERCP are safe and helpful tools to diagnose the nature of bile duct stenosis due to their high positive predictive value. These methods should be considered in all cases when they might influence further management.

### 185 URGENT ENDOSCOPIES OUTSIDE WORKING HOURS IN OUR INSTITUTE IN 2015

Virág A.<sup>1</sup>, Kanyó B.<sup>1</sup>, Csizmazia I.<sup>1</sup>, Dékány K.<sup>1</sup>, Kalász G.<sup>1</sup>, Kerekgyártó O.<sup>1</sup>, Nádás B.<sup>1</sup>, Rábai K.<sup>1</sup>, Rusznyák K.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Szentkereszty B.<sup>1</sup>, Varsányi M.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Lippai G.<sup>1</sup>, Gyökerecs T.<sup>1</sup>, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Gastroenterology<sup>1</sup>

**Introduction:** We have a 24-hour on duty call to perform urgent endoscopies in our institution. **Aim:** Retrospective analysis of the endoscopies performed outside working hours in 2015. **Results:** We had 254 urgent gastroscopy, 7 colonoscopy and 1 duodenoscopy. 10 gastroscopies were performed because of foreign body. All these cases were resolved. The main indication for urgent gastroscopy was bleeding. We found 105 ulcers, 18 Forrest I type (7 Forrest I/a, 7 I/b, 3 I/c, 1 perforated ulcer), 50 Forrest II type (17 II/a, 12 II/b and 21 II/c) and 37 Forrest III type. We applied clips as needed. Three patients, all from Forrest I/a group had to be operated on, instead of perforated patient, all of them recovered. One rebleeding occurred in 7 Forrest I/b patients, that was successfully treated by repeated clipping. Two patients died due to unrelated cause. Among Forrest II type ulcers one rebleeding has occurred, 2 patient had to be operated on. Four of the patients in Forrest II. type ulcer group died, three in unrelated cause, one as a consequence of rebleeding. We had 33 variceal bleeding. Six of them died, 3 due to hepatic insufficiency, 3 due to rebleeding. In urgent situation we used sclerotherapy or balloon tamponade, ligation was applied electively. Erosive alterations occurred in 54 cases. The source of bleeding was previous anastomotic suture in 3, Mallory-Weiss syndrome in 7, polyp in 5, tumor in 4, erosive reflux esophagitis in 2, esophageal mycosis in 2 patients, hemangioma in 1 patient, respectively. We found large hiatal hernia as a potential explanation of anemia, and we had 11 negative gastroscopies. We performed one urgent duodenoscopy with a suspicion of post sphincterotomy bleeding, but it was negative. We have performed urgent lower endoscopy in 7 cases. Two patient had a postpolypectomy bleeding, that were clipped, 2 had anal fissure, 2 had Crohn colitis and 1 sigmoidoscopy was negative. **Conclusion:** We perform a large number of urgent endoscopies outside working hours, therefore it is very important to be able to provide such circumstances and effectiveness as during working hours.

### 186 A PROTONPUMPA GÁTLÓK HATÁSA A MÁJZUGOR KLINIKAI LEFOLYÁSÁRA

Vitális Z.<sup>1</sup>, Tornai T.<sup>1</sup>, Tornai D.<sup>2</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>, Papp M.<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem Klinikai Központ Belgyógyászati Intézet Gasztroenterológia Tanszék<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem Laboratóriumi Medicina Intézet<sup>2</sup>

**Bevezetés:** A cirrhotikus betegek kezelése során gyakran alkalmazott protonpumpa-gátlókkal (PPI) kapcsolatban egyre több adat szól amellett, hogy nem hatékonyak a varixvérzés (VV) kezelésében és profilaxisában, ráadásul fokozzák a jelentős mortalitású spontán bakteriális peritonitis (SBP) kialakulását. Előző tanulmányunk során ezek megerősítése mellett a PPI-t szedő betegek mortalitása tendencia jelleggel jelentősebb, a VV pedig gyakoribb volt, mint a PPI-t nem szedők esetén. **Célkitűzés:** 350 májzsugorban szenvedő betegen vizsgáltuk a PPI alkalmazásának hátrányait. Összefüggést kerestünk a PPI szedés és az SBP előfordulása, valamint a PPI használat és a cirrhosis progresszióját jelző szövődmények [Child-Pugh (CP) stádium változása, ascites progresszió, VV] megjelenése, illetve a mortalitás között. **Betegek és módszerek:** 350 cirrhotikus beteget átlagosan 962 napig (medián 907n, SD:582) követtünk és jegyeztük az SBP-k, VV-k előfordulását, az ascites változását, a halálozást. 154 beteg nem kapott PPI-t, 196 beteg a követési idő több mint felében szedte a gyógyszert. **Eredmények:** A PPI-t szedőkben az SBP előfordulása lényegesen gyakoribb a gyógyszert nem szedőkhöz képest (21,4% vs. 7,8% p<0,0001). PPI szedők mortalitása magasabb (58,2% vs. 27,3%, p= 0,001). Gyakrabban észleltük a CP stádium romlását (28,1% vs 13,6%), illetve az ascites progresszióját (23% vs 10,4%) is. Szignifikáns volt a különbség az első SBP-ig, a Child-Pugh stádium (p<0,001), illetve az ascites (p<0,001) progressziójáig eltelt időt, valamint a halálozás idejét (p<0,001) tekintve is. Gyakoribb volt és előbb jelentkezett VV a PPI szedőkben, megelőzően VV-vel kezdett (p=0,01) és nem kezdett (p=0,015) betegek esetén is. Cox-regressziós analízis során PPI szedése mellett kortól, etiológiától, megelőző VV-től, induló CP stádiumtól függetlenül korábban következett be a CP stádium (p=0,01) illetve az ascites (p=0,016) progressziója, az első SBP (p=0,001), és VV (p>0,001), valamint az elhunyt betegek halála (p>0,001). **Következtetés:** A beteganyag kibővítését követően, hosszabb a követési idő alatt megerősítettük korábbi eredményünket: a PPI szedése az SBP kialakulásának rizikótényezője. Emellett adataink azt mutatják, hogy a gyógyszer a betegség lefolyására is kedvezőtlenül hat.

### 187 VÉKONYBÉLVIZSGÁLAT, KÜLÖNBÖZŐ MÓDSZEREKKEL

Völgyi Z.<sup>1</sup>, Szenes M.<sup>1</sup>, Méhes R.<sup>2</sup>, Gasztonyi B.<sup>1</sup>, Belgyógyászati Osztály, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg<sup>1</sup>, Sebészeti Osztály, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg<sup>2</sup>

Az ismertetésre szánt első beteg egy 76 éves, aorta műbillentyű miatt antikoagulált, hypertóniás, diabeteses, obskurus gasztrointestinális vérzésben szenvedő nőbeteg, akinek kapcsán ismeretetre kerül az enteroscopy hiányában elvégzett intraoperatív, gastroscoppal végzett endoscopia kivitelezésének módja, a talált elváltozások és ezek kombinált endoscopos és sebészeti ellátása. Betegüknél gasztrointestinális vérzés gyanúja miatt csaknem három év alatt összesen kilenc alkalommal történt panendoscopia és három alkalommal rectosigmoidoscopia illetve colonoscopia. Ezek során, figyelembevéve a krónikus antikoaguláns terápiát, számos alkalommal találtak potenciális vérzésforrást, melyek, magyarázhatták az aktuális vérzést. Az újabb vérzés alkalmával készült részben informatív kapszula endoscopia után az első jejunumkacsban, 1,5 cm-es hipervascularizált területet láttak, melyet elláttak (Tonogén inj., endoclip). Ezután azonban meléna lépett fel ismét, ezért intraoperatív enteroscopia mellett döntöttek. Ennek során a vékonybelet megnyitották, majd az enterotómias metszésen keresztül előbb disztális irányban a coecumig, majd orális irányban a Treitz szalagig vizsgálták át gastroscoppal sebész hathatós segítségével. A beavatkozás alkalmával egy definitív és több potenciális vérzésforrást találtak. A definitív vérzésforrás (angiectasia intestini tenuis) excindálását követően több teleangiectasia APC kezelését végezték. A beteg posztoperatív nyolcadik napon távozott az osztályról. A második egy 67 éves férfibeteg, akinél miliaris tüdőgócok miatt indult kivizsgálás. A pleurabiopsia adenocarcinoma áttétet igazolt colorectalis eredet gyanújával. Ismételt felső és alsó endoscopyjával primer tumor nem sikerült igazolni, ezért PET-CT történt, mely a duodenum pars horizontalis inferiorban valószínűsített malignitást. Miután

gastroszkóppal nem lehetett lejutni addig a szakaszig, colonoscóppal komplettálták a vizsgálatot és eljutva a kívánt mélységig sikerült igazolni a tumort (szövetten: adenocarcinoma partim papillare duodeni). A két eset kapcsán a szerzők rávilágítanak arra, hogy gyakran több endoszkopos módszer egymást kiegészítve vezethet a végső diagnózishoz és a bizonytalan lokalizációt adó kapszula endoscopia után hasznos segítség lehet a sebésznek az intraoperatív endoscopia. Az esetek kapcsán ismertetik a vékonybélben előforduló főbb vérzésforrásokat illetve a vékonybél-tumorerőfordulási gyakoriságát. Az eseteket a műtőben készült fotókkal és videóval demonstrálják.

188

#### METHYLATION PROFILE PREDICTION FROM WHOLE GENOME SEQUENCING AND COMPARISON WITH RESTRICTION ENZYME BASED METHYLATION ANALYSIS AND GENE EXPRESSION ARRAY DATA IN COLORECTAL ADENOMACARCINOMA SEQUENCE

Wichmann B.<sup>2</sup>, Galamb O.<sup>2</sup>, Kalmár A.<sup>1</sup>, Patai Á. V.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>1</sup>, Barták B.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>3</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary<sup>2</sup>, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences; 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>3</sup>

**Background:** Methylation alterations of gene promoters have an important role in colorectal cancer (CRC) development. The next generation sequencing techniques give an opportunity for genome-wide research of disease-related DNA methylation changes. **Aims:** We aimed to determine methylation changes of gene promoters by whole genome sequencing which can be responsible for gene expression alterations in colorectal adenocarcinoma sequence. We aimed to observe the direction and magnitude of methylation and gene expression of the same sequence positions. **Methods:** Whole methylome analysis of 30 colorectal samples (6 normal adjacent tissue, 15 adenomas and 9 CRCs) was performed by methyl capture-sequencing (MethylCap-seq). Differentially methylated regions were established at genome-wide level between diagnostic groups, then promoter regions were determined by UCSC HepG2 cell line ChromHMM track. During whole genome sequencing 31 million 100 bp long sequences examined. Methylation status of 96 genes frequently methylated in CRC was previously studied using restriction enzyme based Methyl PCR Array (SuperArray) and the altered regions were sequenced by RT-PCR. For validation, the results of two different methylation analysis techniques were compared. Gene expression analysis of differentially methylated genes was performed on HGU133Plus2.0 array data. **Results:** 31 million 100 bp long sequences were analyzed MethylCap-seq. Ratio of methylation was 49% of genome in all groups. Significant differences were classified. Approximately 1.7% of the entire genome was promoter region in reference cell line HepG2. In a previous study methylation status of 96 genes observed with SuperArray. By sequencing precise localization of 41 genes determined. In total, 20 regions confirmed to have same methylation profile with both techniques. In case of 6 cases inverse relation observed among the distribution of methylation and gene expression. **Conclusion:** MethylCap-seq allows studying the differentially methylated regions from the entire genome in greater detail than using an array-based platform for revealing novel differentially methylated regions. Different techniques can be compared to measure methylation status and to compare with gene expression microarray results.

189

#### INHIBITION OF ALPHA2A-ADRENOCEPTORS PROTECTS AGAINST EXPERIMENTAL COLITIS IN MICE

Zádori Z.<sup>1</sup>, Tóth V.<sup>1</sup>, Fehér Á.<sup>1</sup>, Holzer P.<sup>2</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Nagyváradi tér 4, 1089, Budapest, Hun-

gary<sup>1</sup>, Research Unit of Translational Neurogastroenterology, Institute of Experimental and Clinical Pharmacology, Medical University of Graz, Universitätsplatz 4, A-8010 Graz, Austria<sup>2</sup>

**Introduction.** Alpha2-adrenoceptors (alpha2-ARs) play an essential role in the regulation of gastrointestinal functions, and they may be involved in the pathomechanism of colitis as well. However, the results are conflicting since both aggravation and amelioration of colonic inflammation have been described in response to alpha2-AR agonists. Therefore, the present study aimed to analyse the role of alpha2-ARs in acute murine colitis. **Methods.** The experiments were carried out in wild-type, alpha2A-, alpha2B- and alpha2C-AR knockout C57BL/6 mice. Colitis was induced by dextran sulfate sodium (DSS, 2 %) added to the drinking water for 7 days. Alpha2-AR ligands or their vehicle were injected intraperitoneally (i.p.), and the disease activity index (DAI) and weight loss of animals were determined on a daily basis. Colonic myeloperoxidase level was measured by ELISA. **Results.** Daily administration of the non-selective alpha2-AR agonist clonidine (0.3 - 3 mg/kg i.p.) aggravated some but not all parameters of DSS-induced colitis. Namely, it accelerated the development of inflammation, which was reflected by earlier elevation of DAI and also enhanced DSS-induced weight loss, but did not influence the DSS-induced shrinkage of colon and the elevation of MPO level. Clonidine induced similar changes in alpha2B- and alpha2C-AR knockout mice. In contrast, only mild changes were observed in response to clonidine in alpha2A-AR knockout mice. The selective alpha2A-AR antagonist BRL 44408 significantly delayed the development of colitis and reduced the colonic level of MPO. **Conclusions.** Here we report that pharmacological or genetic blockade of the alpha2A-AR subtype alleviates DSS-induced colitis in mice. This work was supported by the Austrian-Hungarian Action Foundation (84öu6 project) and by the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA PD 109602).

## SZERZŐK NÉVSORA AZ ABSZTRAKT SORSZÁM MEGJELÖLÉSÉVEL / AUTHORS

- A**  
 Abonyi M. 74  
 Abu El Haija M. 118  
 Adnan A. 150  
 Altorjay I. 88, 100, 3<sup>\*</sup>  
 Andorka C. 132  
 András L. 4<sup>\*</sup>, 1  
 Antal-Szalmás P. 171, 172  
 Antal-Szalmás P. 170, 48  
 Anton D. 115  
 Arató A. 16, 84  
 Artner A. 5<sup>\*</sup>  
 Arányi J. 126
- Á**  
 Ábrahám G. 32  
 Ábrahám S. 174, 1<sup>\*</sup>, 4, 2<sup>\*</sup>  
 Ágh P. 70  
 Ágnes S. 159  
 Árva I. 144
- B**  
 Baghy K. 140  
 Bajnok É. 50  
 Bajor J. 60, 85, 6<sup>\*</sup>, 91, 131  
 Bak M. 156, 155  
 Balazs A. 131  
 Balla E. 12<sup>\*</sup>, 51, 30  
 Balla I. 98  
 Balla Z. 7, 11<sup>\*</sup>  
 Balogh M. 144  
 Balogh Z. 71  
 Balázs A. 14, 93  
 Balázs C. 57  
 Banai J. 101, 56, 149  
 Baracs J. 33  
 Barna S. 29  
 Barták B. 54, 81, 13<sup>\*</sup>, 188, 120  
 Bataga S. 45  
 Bazsika A. 133  
 Becskeházi E. 14<sup>\*</sup>  
 Belopotoczky G. 126  
 Bene L. 101, 56, 57  
 Benkő É. 15<sup>\*</sup>, 143  
 Benyó F. 174  
 Berczi L. 124  
 Bereczki C. 38, 97  
 Beyathy S. 17<sup>\*</sup>  
 Birinyi P. 18<sup>\*</sup>  
 Blans B. 17  
 Blázovics A. 152  
 Bodnár Z. 21<sup>\*</sup>  
 Bodoky G. 86  
 Bodor A. 12, 54  
 Bodor G. 22<sup>\*</sup>  
 Bognár Z. 38, 118
- B**  
 Bokor A. 104  
 Bokor L. 21  
 Bor R. 145, 112, 134, 180, 43,  
 23<sup>\*</sup>, 160, 24<sup>\*</sup>  
 Borda B. 1  
 Bordás L. 123  
 Bori E. 177  
 Breitenbach Z. 25<sup>\*</sup>  
 Brenner B. 8  
 Brubel R. 104  
 Budai N. 116, 178  
 Burai M. 156, 155, 165, 164  
 Bursics A. 37  
 Buzás G. 26<sup>\*</sup>  
 Bálint A. 24, 8<sup>\*</sup>, 70, 145, 61,  
 10<sup>\*</sup>, 112, 43, 23, 160  
 Bálint E. 7<sup>\*</sup>, 11  
 Bálint L. 78, 143, 15, 69, 9<sup>\*</sup>  
 Bányai T. 63, 75  
 Bányász Z. 127, 98  
 Bély M. 39  
 Béres N. 16<sup>\*</sup>, 84  
 Bíró E. 101, 61  
 Bíró G. 19<sup>\*</sup>  
 Bíró I. 175  
 Bódi P. 20<sup>\*</sup>  
 Bördős A. 111
- C**  
 Chamdin S. 127  
 Ciorba I. 45  
 Crai S. 123  
 Csabai I. 54  
 Csala G. 90  
 Csefkó K. 12, 51, 65, 30  
 Cseh J. 114  
 Cseh Á. 16, 84, 27<sup>\*</sup>  
 Csekő K. 128, 28<sup>\*</sup>  
 Cserni G. 40  
 Csibi N. 104  
 Csiki Z. 29<sup>\*</sup>  
 Csikány N. 103  
 Csikós D. 17  
 Csintalan Z. 12, 51, 30<sup>\*</sup>  
 Csizmazia I. 185, 149  
 Csontos Á. 35, 31<sup>\*</sup>, 115  
 Csorba Z. 111  
 Csupor D. 128  
 Csóka C. 134  
 Csókay B. 26  
 Csöndes M. 36, 42  
 Csőke D. 182  
 Czakó L. 77, 22, 65, 1, 180, 79,  
 23, 160  
 Czeplédi A. 17  
 Czelecz J. 132, 97
- C**  
 Czepán M. 32<sup>\*</sup>  
 Czimmer J. 33<sup>\*</sup>, 6, 91, 131, 60,  
 93  
 Czinderi V. 10  
 Czirják K. 34<sup>\*</sup>  
 Czuczor V. 157
- D**  
 Dabi Á. 127, 98  
 Dakó S. 35<sup>\*</sup>, 31  
 Dancs N. 36<sup>\*</sup>, 42  
 Dandé G. 139  
 Darvas E. 89  
 Decsi T. 118  
 Dede K. 37<sup>\*</sup>, 176  
 Deli A. M. 11  
 Demcsak A. 132  
 Demcsák A. 97, 112, 38<sup>\*</sup>, 118  
 Demeter P. 126  
 Dezsényi B. 153  
 Dezső E. 55  
 Deák G. 17  
 Diczházi C. 103  
 Dinya T. 48  
 Dirk R. 171, 172  
 Dorkó A. 62  
 Dorogi B. 39<sup>\*</sup>  
 Dubravcsik Z. 182, 41<sup>\*</sup>, 40<sup>\*</sup>  
 Dubóczki Z. 110, 83  
 Dudás I. 163  
 Dunkel K. 116, 178  
 Durcsán H. 42<sup>\*</sup>  
 Dávida L. 100  
 Dékány K. 111, 185  
 Dóka A. 102  
 Dóra I. 52  
 Döbrönte Z. 148
- E**  
 Ecsedy G. 103  
 Edit B. 5  
 Egresi A. 152  
 Emese I. 52  
 Emri M. 29  
 Erdős K. 77
- F**  
 Fadgyas-Freyler P. 181  
 Faluhelyi N. 33  
 Fanczal J. 105, 44<sup>\*</sup>  
 Farkas G. 77  
 Farkas H. 45<sup>\*</sup>  
 Farkas K. 101, 56, 92, 61, 10,  
 112, 43, 23, 160, 24, 142, 145  
 Farkas N. 109  
 Fazakas J. 122



Fazekas I. 123  
 Fechner K. 88  
 Fehér B. 118  
 Fehér Á. 95, 46\*, 189  
 Fejes R. 116, 178  
 Ferenci T. 43  
 Ferrier L. 78  
 Figler M. 25  
 Filiczky I. 50  
 Fillinger J. 156, 155  
 Fincsur A. 130  
 Fodor A. 116  
 Fodor D. 47\*  
 Fodor F. 26  
 Folhoffer A. 122, 49\*, 96  
 Fried K. 153  
 Fullar A. 140  
 Fuszek P. 50\*  
 Futó J. 138, 146  
 Fábrián A. 24, 112, 180, 43\*, 23, 145  
 Fánián A. 160  
 Fébel H. 152  
 Földi I. 48\*  
 Förhécz E. 178, 116  
 Fülöp F. 11

**G**

G. Kisbenedek A. 25  
 Gajdán L. 53\*  
 Galamb O. 54\*, 81, 176, 13, 188, 120  
 Garai I. 29  
 Gary L. N. 171, 172  
 Gasztonyi B. 101, 56, 187  
 Gaál A. 12, 51\*, 30  
 Gecse K. 62, 101, 56\*, 92, 61  
 Gelley A. 57\*, 39  
 Gellért B. 154  
 Gellért S. 133  
 Georgescu D. 45  
 Gerlei Z. 122, 58\*, 74  
 Gervain J. 172, 74, 53, 171, 65, 59\*  
 Gimesi-Ország J. 181  
 Godi S. 131  
 Golovics P. 62, 56, 92, 61\*, 181  
 Graffits É. 55  
 Gulyás J. 136  
 Gurzó Z. 123, 63\*  
 Guthy I. 118, 132  
 Gyetvai Á. 9  
 Gyimesi G. 182  
 Gyires K. 95, 46, 189  
 Gyökeres T. 82, 125, 185, 73, 149, 41, 64\*, 144  
 Gábor Z. 52\*

Gál T. 29  
 Gárdonyi M. 55\*  
 Gáspár K. 100  
 Gódi S. 184, 91, 151, 60\*, 93  
 Gönczi L. 62\*, 92, 61  
 Görög D. 17, 122

**H**

HUPIR G. 119, 183  
 Hagendorn R. 60  
 Hajdú H. 47  
 Halász A. 22, 65\*  
 Hamar S. 180, 23, 160  
 Hamvas J. 127, 98, 22, 65, 66\*  
 Haragh A. 129  
 Harazin A. 11  
 Haris Á. 126  
 Harisi R. 67\*  
 Harsányi L. 104, 163  
 Hassan S. 148  
 Hegede G. 57  
 Hegedús I. 184, 28  
 Hegyi P. 14, 105, 173, 7, 109, 44, 77, 108, 11, 128, 60, 22, 65, 93, 38, 118, 91, 41, 97  
 Heimné Varga A. 68\*  
 Heindlné Tóth A. 111  
 Helle K. 69\*, 9  
 Helyes Z. 7, 128, 28  
 Herczeg G. 70\*  
 Hersényi L. 85  
 Hidvégi E. 71\*  
 Hollósi M. 125  
 Hollósi P. 54  
 Holzer P. 46, 189  
 Holzer-Petsche U. 46  
 Homoki-Bursics K. 149  
 Horvát G. 150, 72\*  
 Horváth D. 166  
 Horváth G. 74  
 Horváth L. 116, 178  
 Horváth M. 73\*, 64  
 Horányi A. 165, 164  
 Hritz I. 37, 41, 40, 65, 124  
 Hunyady B. 55, 74\*, 129, 75\*  
 Huszár O. 163  
 Héra L. 138, 146

**I**

Ifj Rakonczay Z. 105  
 Ifj. Rakonczay Z. 11  
 Igaz I. 167, 168, 76\*  
 Ihász M. 148  
 Ila V. 38, 118, 132, 97  
 Illanitz E. 50  
 Illes A. 131  
 Illés A. 33, 91  
 Illés D. 77\*, 22, 79

Ilyés S. 123  
 Inczeffi F. 143  
 Inczeffi O. 78\*, 15, 69, 9  
 Ivány E. 79\*, 77  
 Iványi A. 125  
 Iványi B. 11  
 Izbéki F. 77, 116, 22, 65, 93, 178

**J**

Jancsik V. 74  
 Juhász M. 6, 85  
 Juhász Á. 80\*  
 Jäckel M. 125

**K**

Kadar B. 153  
 Kadenczki O. 38  
 Kahán Z. 77  
 Kai F. 171, 172  
 Kaiser L. 23  
 Kaizer L. 180, 160  
 Kalmár A. 117, 54, 81\*, 176, 13, 188, 120  
 Kalász G. 185, 82, 111  
 Kamotsay K. 153  
 Kanaaneh D. 43  
 Kanyó B. 82\*, 111, 185  
 Kelemen D. 77, 93  
 Kereékgyártó O. 185  
 Kerti M. 71  
 Kerékgyártó O. 111  
 Kis J. 39  
 Kiss G. 90  
 Kiss K. 140  
 Kiss L. 62, 7, 11  
 Kiss T. 103  
 Kiss Z. 16, 84\*  
 Klara S. 5  
 Kocsis D. 6, 85\*  
 Kohánka A. 86\*  
 Kolozsvári E. 20  
 Kondász A. 47  
 Kopper L. 86  
 Kormányos E. 11  
 Korponai G. 181  
 Kotsis L. 87\*  
 Kovalszky I. 140  
 Kovács A. 148  
 Kovács G. 77, 171, 88\*, 172  
 Kovács I. 115  
 Kovács J. 157, 103  
 Kovács M. 89\*  
 Kovács V. 1, 90\*, 36, 42, 94, 136  
 Kovács Z. 55  
 Kovács Á. 57  
 Kovács É. 17

Kozlovszky B. 157  
 Krenács T. 176  
 Kristóf T. 101, 56  
 Krolopp A. 122, 49, 96  
 Kui B. 11, 22, 93, 91\*, 131  
 Kuklis E. 25  
 Kun S. 114  
 Kurcsák N. 161  
 Kustos E. 27  
 Kálmán E. 184  
 Kántor N. 34  
 Káposztás Z. 83\*  
 Kári D. 103  
 Kárász T. 36, 42  
 Kóbori L. 122  
 Kühn J. 14  
 Kürti Z. 62, 101, 56, 92\*, 61, 181

**L**

Laczko D. 9  
 Lada S. 112  
 Lakatos G. 93\*  
 Lakatos L. 101, 56  
 Lakatos P. 62, 92, 61, 181, 88, 63, 171, 101, 56, 172  
 Lakner L. 94\*, 101, 56  
 Lasztity N. 132  
 Le N. 155  
 Lehoczki C. 98  
 Leindler L. 93  
 Lenart K. 153  
 Lendvai G. 16  
 Lengyel G. 74, 75  
 Leprán Á. 1  
 Lestár A. 116, 178  
 Lestár B. 125, 144  
 Libor L. 1  
 Lichtenstein -Zábrák J. 123  
 Lidi H. 113  
 Liebe R. 147  
 Lieber R. 137  
 Liebmann I. 46  
 Lippai G. 82, 111, 185  
 Lombay B. 99\*  
 Lombay ifj. B. 171, 172  
 Lotz B. 27  
 Lovas S. 100\*  
 Lovay Z. 103  
 Lovász B. 62, 101\*, 61, 181  
 Lukovich P. 104\*, 179  
 Lukács M. 102\*  
 Lukácsné Bezsenyi A. 111  
 Lukász P. 103\*  
 László C. 52  
 László S. 96\*, 122, 95\*  
 Lásztity N. 97\*, 38, 118  
 Lázár B. 98\*

Lázár G. 2, 174, 1, 142, 4  
 Légár B. 33  
 Lénárt Z. 85

**M**

Macarie M. 45  
 Madaras B. 39  
 Madácsi L. 182  
 Madácsy L. 41, 40, 106\*, 154, 124  
 Madácsy T. 105\*, 44, 108  
 Mag M. 53  
 Makai G. 150, 72  
 Makara M. 107\*, 74, 75  
 Makkai E. 74  
 Malini A. 44  
 Maléth J. 105, 173, 44, 108\*, 128  
 Marc R. 7  
 Marsollier C. 7  
 Masszi I. 39  
 Masszi T. 17  
 Matuz M. 24  
 May Z. 152  
 Menyhárt O. 62  
 Merkel K. 70  
 Mersich T. 141, 156, 155, 110\*  
 Micsik T. 134  
 Micskó É. 111\*  
 Miheller P. 35, 31, 85, 115, 101, 56, 57, 134  
 Milassin Á. 112\*, 43, 23, 160, 24, 142, 145  
 Mile M. 29  
 Mittal S. 80  
 Mohai C. 113\*  
 Mohás M. 114\*  
 Molnár A. 7, 35, 31, 115\*, 175  
 Molnár B. 54, 81, 176, 13, 188, 120, 155, 117\*  
 Molnár G. 114  
 Molnár P. 138, 146  
 Molnár T. 24, 116\*, 174, 142, 145, 101, 56, 92, 61, 178, 10, 112, 2, 43, 23, 160, 32  
 Mosztbacher D. 38, 118\*, 91, 132, 131, 97  
 Muellem S. 44  
 Márk L. 148  
 Márta K. 109\*  
 Máthé Z. 17, 122  
 Máté M. 8, 70  
 Méhes R. 187  
 Mészáros P. 110, 141  
 Müller K. 16, 84, 119\*, 85, 183, 27  
 Müllner K. 134

**N**

Nagy E. 57  
 Nagy F. 24, 142, 145, 56, 61, 10, 112, 43  
 Nagy M. 71  
 Nagy N. 47  
 Nagy Z. 54, 81, 13, 188, 120\*, 155  
 Nagyné Tajti É. 35  
 Nemeth B. 132  
 Nikolova R. 153  
 Norman G. 88, 170  
 Novák J. 123\*, 63, 65  
 Nyikos O. 116  
 Nádas B. 185, 82, 111  
 Németh B. 121\*, 22, 97  
 Németh D. 18, 122\*, 49, 96

**O**

Oczella L. 106, 154, 124\*  
 Oláh T. 83  
 Orbán-Szilágyi Á. 125\*  
 Orentsák Á. 126\*  
 Orosz P. 171, 172  
 Orsolya G. 117  
 Ottlakán A. 2, 174

**P**

Pajor L. 130  
 Pakodi F. 184, 151, 60  
 Palatka K. 101, 56, 88, 100  
 Palkó A. 10  
 Pallagi P. 14, 105, 173, 108, 128\*  
 Pandur E. 166  
 Pap Á. 129\*, 155, 83  
 Papp J. 62  
 Papp M. 48, 88, 170, 186, 171, 85, 56, 172  
 Papp R. 93  
 Par A. 130  
 Par G. 130\*, 131  
 Parniczky A. 132\*, 131\*  
 Paszt A. 174, 1, 4, 2  
 Patai Á. V. 13, 81, 176  
 Patai Á. 101, 134, 134\*, 147, 117, 85, 148, 188, 56  
 Pataki M. 75  
 Paulovicsné Kiss M. 135\*  
 Penyige J. 126  
 Pepa K. 51, 30, 12  
 Perkecz A. 28  
 Pethe I. 111  
 Peták I. 86  
 Pieler J. 1  
 Pink T. 51, 30, 12  
 Piri Z. 31  
 Polyák É. 25

- Potó L. 57  
 Pozsgay D. 136\*  
 Pozsár J. 156, 155, 165, 164  
 Poór V. 166  
 Prinz G. 153  
 Pusztai Á. 49  
 Pusztay M. 74, 75, 137\*  
 Pálfi E. 127\*, 35, 31, 115, 85  
 Pálincás D. 125  
 Páll I. 138, 146  
 Pár A. 172, 74, 171  
 Pár G. 172, 91, 171, 60  
 Párniczky A. 60, 22, 97, 38, 118, 91  
 Pártos G. 126  
 Pászti I. 133\*  
 Pécsi D. 28  
 Péter Ferenc K. 52  
 Péter Z. 134, 74  
 Péterfi Z. 151  
 Péterfia B. 54, 117  
 Pósfai G. 98
- R**  
 Rada K. 140\*  
 Rakonczai A. 141\*  
 Rakonczay Jr. Z. 14  
 Rakonczay Z. 173, 7, 108  
 ifj. Rakonczay Z. 128  
 Regőczy H. 90, 42, 136  
 Regőczy T. 8  
 Regős E. 140  
 Reisz Z. 142\*  
 Ribiczey P. 74  
 Ribli D. 54  
 Riedl E. 144  
 Rigó J. 104  
 Rosztóczy A. 4, 143\*, 78, 15, 10, 69, 9  
 Rudas G. 163  
 Rusznyák K. 185, 144\*  
 Rutka M. 101, 56, 92, 61, 10, 112, 43, 23, 160, 145\*, 24  
 Rábai K. 185, 73, 64  
 Rácz B. 123  
 Rácz F. 157, 34, 139\*  
 Rácz I. 90, 36, 42, 94, 136  
 Rácz R. 177  
 Rácz S. 138\*, 146  
 Rédei C. 167, 168  
 Róka R. 78, 143, 15, 69, 9, 32  
 Rókusz L. 74
- S**  
 Sahin P. 138, 146\*, 175  
 Sahin-Tóth M. 121  
 Salamon F. 113  
 Salamon Á. 101, 56  
 Sarang K. 148\*  
 Sarlos P. 131  
 Sarlós P. 60, 151, 91  
 Sarrazin C. 74  
 Schandl L. 57, 39  
 Scheili E. 73, 64  
 Schillerné Toldi M. 111  
 Schneider F. 74  
 Schneider M. 74  
 Schnúr A. 128  
 Schuller J. 17  
 Schwab R. 86  
 Schäfer E. 149\*  
 Schönleber J. 103  
 Sebők A. 138, 146  
 Sejben A. 142  
 Sejben I. 40  
 Sendler M. 14  
 Seres A. 62  
 Seres L. 150\*  
 Shums Z. 88, 170  
 Siha G. 165, 164  
 Sike R. 126  
 Simon J. 95  
 Simonka Z. 4, 2, 174, 1  
 Sipeki N. 88  
 Sipos F. 134  
 Sipos K. 166  
 Sipos P. 20  
 Smudla A. 58  
 Solt J. 151\*  
 Somogyi D. 20  
 Spiller G. 8  
 Spisák S. 176  
 Suták M. 34  
 Sz. Szabó S. 25  
 Szabo B. 153\*  
 Szabo I. 131  
 Szabó A. 36, 42, 16, 84  
 Szabó E. 83  
 Szabó G. 152  
 Szabó I. 33, 91, 60, 28, 151  
 Szabó S. 28  
 Szabó Z. 75  
 Szakál T. 157  
 Szalai L. 123  
 Szalai M. 106, 154\*, 124, 90, 36, 42, 94  
 Szalay B. 56, 92, 61  
 Szalay F. 172, 96, 74, 99, 171, 18, 122, 49  
 Szamosi T. 185, 149, 101, 56  
 Szanyi S. 156\*, 155\*  
 Szegedi A. 100  
 Szegedi L. 139, 157\*, 34  
 Szekeres V. 69, 9  
 Szenes M. 187  
 Szentesi A. 22, 65, 93, 38, 118, 91, 132, 131, 97  
 Szentkereszty B. 111, 185  
 Szentkereszty Z. 93  
 Szentmihályi K. 152  
 Szepes A. 65, 106, 154, 124, 182, 37, 41, 40  
 Szepes Z. 24, 77, 22, 65, 1, 142, 145, 101, 56, 10, 112, 134, 180, 41, 79, 43, 23, 160\*  
 Szijártó A. 163  
 Sziksz E. 16, 84  
 Szili D. 95  
 Szilvás Á. 89  
 Szilvási I. 144  
 Szinku Z. 129  
 Szircsák E. 161\*  
 Szmola R. 93, 156, 155, 165, 164, 83  
 Szpiszár T. 156  
 Sztipits T. 110  
 Sztupinszki Z. 16  
 Szucs A. 131  
 Szucs D. 132  
 Szántó K. 112  
 Székely A. 116, 178  
 Székely G. 158\*, 159\*, 89  
 Székely H. 134  
 Székely I. 116, 178  
 Szijártó A. 144  
 Szöllösi A. 110  
 Szűcs Á. 163\*  
 Szőnyi M. 162\*  
 Szűcs D. 97, 112  
 Szűcs M. 23  
 Szűcs Á. 77, 91  
 Szűcs É. 93  
 Sándor J. 125  
 Sándor S. 147\*  
 Sági P. 66  
 Sárváry E. 58  
 Süle K. 152\*  
 Sümegi L. 62
- T**  
 Tahi Á. 50  
 Tajti J. 1  
 Takacs T. 131  
 Takács E. 17, 17  
 Takács R. 22, 65, 127, 66  
 Takács T. 77, 22, 65, 1, 91, 95  
 Taller A. 113, 17  
 Tari K. 104, 50  
 Tarpay Á. 156, 155, 165\*, 164\*  
 Theisz J. 167, 168, 76  
 Theodorou V. 78  
 Tihanyi T. 163  
 Tiszlavicz L. 78, 142, 134, 180, 23, 160

Tokodi I. 118, 166\*  
 Tokodi M. 166  
 Tolmácsi B. 149  
 Topa L. 175, 167\*, 168\*, 76  
 Topál L. 169\*  
 Tordai A. 170  
 Tornai D. 170\*, 186, 171, 172, 48  
 Tornai I. 170, 186, 171, 172, 74, 48  
 Tornai T. 170, 186, 171\*, 172\*, 48  
 Toth A. 132  
 Toth G. 132  
 Tulassay Z. 54, 81, 176, 85, 13, 188, 120, 155, 57, 134, 117  
 Tusnádi A. 74  
 Tóth A. 116, 178, 38, 118, 97  
 Tóth C. 134  
 Tóth E. 173\*, 128, 21  
 Tóth G. 38, 97, 101, 56  
 Tóth I. 174\*, 1, 2  
 Tóth K. 128, 13  
 Tóth L. 167, 168, 76  
 Tóth V. 189, 95  
 Török I. 45

**U**  
 Udvarhelyi G. 175\*

**Ú**  
 Újhelyi E. 74  
 Újhelyi P. 138, 146

**V**  
 Vadászi K. 69, 9, 143  
 Valcz G. 176\*  
 Vannay Á. 16, 84  
 Varga G. 177\*, 11  
 Varga J. 71  
 Varga M. 51, 65, 30, 12, 58  
 Varga R. 116, 178\*  
 Varga S. 90, 42  
 Varga É. 133  
 Varga-Csuka S. 179\*  
 Varsányi M. 185  
 Vasas B. 134, 180\*, 23, 160  
 Vass N. 112, 132, 97  
 Velkei T. 182\*  
 Venglovecz V. 14, 105, 173, 108, 128  
 Veres G. 166, 16, 84, 119, 171, 183\*, 88, 132, 27, 97, 172  
 Veress E. 116, 178  
 Vincze A. 130, 131  
 Vincze G. 130  
 Vincze Á. 102, 135, 184\*, 33, 91, 41, 151, 101, 56, 77, 60,

22, 93  
 Vinnai G. 21  
 Virág A. 185\*  
 Vitális Z. 48, 170, 186\*, 171, 172  
 Vitályos T. 70  
 Vági M. 111  
 Vágó A. 123  
 Vágó T. 40  
 Vécsei L. 11  
 Végh Z. 62, 101, 56, 92, 61, 181\*  
 Vén L. 34, 139  
 Völgyes B. 127  
 Völgyi Z. 187\*

**W**  
 Werling K. 74, 75  
 Wichmann B. 117, 54, 81, 176, 13, 188\*, 120  
 Wittmann I. 114  
 Wittmann T. 78, 143, 69, 9

**Z**  
 Zakera S. 171, 172  
 Zoltán S. 52  
 Zsigmond F. 68, 125, 185, 73, 149, 64  
 Zsoldos F. 38, 118  
 Zsóri G. 79, 77  
 Zádori Z. 95, 46, 189\*



# RABYPREX

## EGY CSAPÁSRA JOBBAN LESZ



### Jó választás savfüggő kórképek kezelésében

#### Rabyrex, gyomornedv-ellenálló tabletta

- ▣ **rabeprazol**
- ▣ **10 mg 28x**
- ▣ **20 mg 28x, 56x**

#### Rabyrex 10 mg gyomornedv-ellenálló tablettá I Rabyrex 20 mg gyomornedv-ellenálló tablettá

**Főbb összetevők:** 10 mg tablettá: 10 mg, rabeprazol-nátrium, 0,36 mg laktóz-monohidrát; 20 mg tablettá: 20 mg rabeprazol-nátrium, 0,72 mg laktóz-monohidrát. **Terápiás javallatok:** aktív nyombélfekély, aktív benignus gyomorfekély, gastro-oesophagealis reflux betegség tüneti kezelése, erozív vagy ulceratív gastro-oesophagealis reflux betegség tüneti kezelése, gastro-oesophagealis reflux betegség hosszú távú kezelése, *Helicobacter pylori* eradikáció, Zollinger-Ellison-szindróma. **Adagolás és alkalmazás:** Aktív nyombélfekély és aktív benignus gyomorfekély: A javasolt adag naponta egyszer 20 mg. A legtöbb aktív nyombélfekélyes beteg 2-4 héten belül meggyógyul. Néhány nehezen gyógyuló betegnek a gyulladáscsökkentő kezelésre lehet szüksége. A legtöbb aktív benignus gyomorfekély 6 héten belül meggyógyul. Néhány nehezen gyógyuló betegnek a gyulladáscsökkentő további 6 hetes kiegészítő kezelésre lehet szüksége. **Gastro-oesophagealis reflux betegség tüneti kezelése:** Naponta egyszer 10 mg vagy 20 mg oesophagitis esetén. Amennyiben 4 hét elteltével a tüneteket nem sikerült befolyásolni, a beteg további kivizsgálása szükséges. **Erozív vagy ulceratív gastro-oesophagealis reflux betegség:** A javasolt adag naponta egyszer 20 mg, 4-8 héten keresztül. **Gastro-oesophagealis reflux betegség hosszú távú kezelése:** Naponta egyszer 10 mg vagy egyszer 20 mg fenntartó adag adható a beteg állapotától függően. **Helicobacter pylori eradikáció:** a kórokozó eradikálására kombinált kezelést kell alkalmazni. A kombinációban a Rabyrex javasolt dózisa naponta 2x20 mg. **Zollinger-Ellison-szindróma és más, a gyomor patológiás eredetű, fokozott savszekréciójának kezelése:** A javasolt kezdő adag naponta egyszer 60 mg. A további adagolást egyedileg, a beteg állapotától függően kell megállapítani. Néhány beteg esetében a napi adag több részletben történő adása válhat szükségessé. A kezelést mindaddig folytatni kell, míg a beteg állapota szükségesé teszi. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával - a rabeprazollal, szubsztituált benzimidazolokkal - vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Terhesség, szoptatás. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** A rabeprazol-nátrium általában jól tolerálható volt a klinikai viz-

gálatok során. A megfigyelt mellékhatások általában enyhék/ közepesúlyosak és múló jellegűek voltak. **Gyakori mellékhatások:** fertőzés, insomnia, fejfájás, szédülés, köhögés, pharingitis, rhinitis, hasmenés, hányás, hányinger, hasi fájdalom, székrekedés, flatulencia, nem specifikus fájdalom/hátfájás, asthenia, influenza-szerű tünetek. Rabyrex 10 mg gyomornedv-ellenálló tablettá: OGYI-T-20811/02 (28x); Rabyrex 20 mg gyomornedv-ellenálló tablettá: OGYI-T-20811/05(28x); OGYI-T-20811/06(56x) **A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** TEVA Gyógyszergyár Zrt. 4042 Debrecen, Pallagi út 13. **Utolsó jóváhagyott alkalmazási előírás dátuma:** 2015.12.14. Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V). **Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!**

Készítmény megnevezése	Kiszárlási egység	Bruttó fogy. ár (Ft)	Norm. tám. vonatkozó paraméterek	
			Norm. tám. összeg (Ft)	Térítési díj (Ft)
RABYPREX 10 MG gyomornedv-ellenálló tablettá	28x buborék-csomagolásban	1 209	85	1 124
RABYPREX 20 MG gyomornedv-ellenálló tablettá	28x buborék-csomagolásban	1 855	169	1 686
RABYPREX 20 MG gyomornedv-ellenálló tablettá	56x buborék-csomagolásban	3 710	339	3 371

Forrás: www.oep.hu/gyogyszerkereso. 2016. április 1-től érvényes árak.

A dokumentum lezárásának dátuma: 2016. április 4.

Hivatkozások: **1:** Acid suppression in gastro-oesophageal reflux disease: Why? How? How much and when? M P Jones Postgrad Med J 2002;78:465-468 **2:** Acid inhibition on the first day of dosing: comparison of four proton pump inhibitors.

**3:** Significant Enhancement of Gastric Mucin Content After Rabeprazole Administration T. SKOCZYŁAS, MD, I. SAROSIEK, MD et al. Digestive Diseases and Sciences, Vol. 48, No. 2 (February 2003), pp. 322-328 (2003) Pantoflickova D1, Dorta G, Ravić M, Jornd P, Blum AL. Aliment Pharmacol Ther. 2003 Jun 15;17(12):1507-14.

TEVA

TEVA Gyógyszergyár Zrt.

4042 Debrecen, Pallagi út 13.

Levelezési cím: 1134 Budapest, Váci út 29. Vision Towers.

Telefon: (1) 288 6400, Fax: (1) 288-6410

További információk: www.teva.hu

HU/RABYPR/16/0003

## KIÁLLTÓK, HIRDETŐK ÉS TÁMOGATÓK EXHIBITORS ADVERTISERS AND SPONSORS

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság köszönötet mond mindazoknak a cégeknek, amelyek a 58. Nagygyűlésen kiállítással, hirdetéssel vettek részt.

The Hungarian Gastroenterological Society expresses its gratitude to all organizations and companies which have participated with exhibition, advertising at the 58<sup>th</sup> Annual Meeting.

**ABBVIE Kft.**

Budapest

**ALLEGRO Kft.**

Budapest

**ANAMED Kft.**

Budapest

**ARAMIS PHARMA Kft.**

Budapest

**ART STÚDIÓ GALÉRIA**

Veszprém

**ASIX DISTRIBUTION KFT.**

Budapest

**BERLIN-CHEMIE /****A.MENARINI Kft.**

Budaörs

**BOEHRINGER INGELHEIM RCV****GmbH & Co. KG Mo. Fióktelepe**

Budapest

**BOSTON SCIENTIFIC HELLAS****SA**

Greece

**BRAND UP PHARMA KFT.**

Budapest

**BRISTOL-MYERS SQUIBB**

Budapest

**COVIDIEN ECE s.r.o.****MAGYARORSZÁGI FIÓKTELEPE**

Budapest

**EISBERG HUNGARY KFT.**

Gyál

**ELEKTRO-OXIGÉN Kft.**

Budapest

**ENDOCAM Kereskedelmi Kft.**

Székesfehérvár

**ENDO-PLUS-SERVICE Kft.**

Budapest

**ERGO-PREVENT KFT.**

Villány

**FERRING MAGYARORSZÁG Kft.**

Budapest

**FRESENIUS KABI HUNGARY Kft.**

Budapest

**GOODWILL PHARMA Kft.**

Szeged

**HUN-MED Kft. Fuji Képviselő**

Budaörs

**IZOTÓP INTÉZET Kft.**

Budapest

**KÉRI PHARMA CSOPORT**

Budapest

**KRKA MAGYARORSZÁG****KERESKEDELMI Kft.**

Budapest

**KPS****ONCOMPASS MEDICINE Corp.**

Budapest

**LUX HUNGÁRIA Kft.**

Budapest

**MEDICINA KÖNYVKIADÓ Zrt.**

Budapest

**MEDICONS Kft.**

Budapest

**MEDIREX Zrt.**

Budapest

**MICROMEDICAL Kft.**

Budapest

**MSD PHARMA HUNGARY Kft.**

Budapest

**MYLAN EPD Kft**

Budapest

**NOVARTIS HUNGÁRIA KFT.**

Budapest

**ORIFLAME.**

Budapest

**ORMA 2000 Kft.**

Szeged

**PROGASTRO Kft.**

Budapest

**PROFI HARISNYA Kft.**

Budapest

**RECKITT-BENCKISER Kft.**

Budapest

**RICHTER GEDEON Nyrt.**

Budapest

**ROCHE (MAGYARORSZÁG) Kft.**

Budapest

**PENTACORE LABORATÓRIUM****SEMMEIWEIS KFT.**

Budapest

**SONOSCAPE MEDICAL CORP.**

China

**STRATHMANN GmbH&CO KG**

Budapest

**TAKEDA PHARMA Kft.**

Budapest

**TEVA Magyarország Zrt.**

Budapest

**VITAMINKOSÁR Kft.**

Budapest

**A PROGRAMFÜZET HIRDETÉSEI A MEGJELENÉS SORRENDJÉBEN**

CÉG	HIRDETÉS	OLDAL
Ferring Magyarország Kft.	Pentasa	BII
Strathmann GmbH&Co KG	Hegrimarin	13
AbbVie Kft.	Viekirax + Exviera	14
Goodwill Pharma Kft.	Normix	19
Endocam Kereskedelmi Kft.	Orvosi műszerek	25
Vitaminkosár Kft.		26
Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co. KG Mo. Fióktelepe	Dulcolax	31
Medicons Kft.	Salofalk	32
Medicons Kft.	Budenofalk	37
Strathmann GmbH&Co KG	Lactase	38
Ferring Magyarország Kft.	Cortiment	43
Takeda Pharma Kft.	Entyvio	44
Kéri Pharma Csoport	Apo-Famotidin	47
Izotóp Intézet Kft.	Helicoprobe	49
Covidien	GI Solutions	50
Richter Gedeon Nyrt.	Quamatel	61
Hun-Med Kft.	Cook Medical	64
Teva Gyógyszergyár Zrt.	Rabyprex	69
Teva Gyógyszergyár Zrt.	Rabyprex	133
MSD Pharma Hungary Kft.	No one left behind	BIII
AbbVie Kft.	Viekirax + Exviera	BIV

**JEGYZET**  
**NOTES**