



Central European Journal of Gastroenterology and Hepatology

Gasztroenterológiai & Hepatológiai Szemle

ceu-jgh.org

Volume 4, Supplementum 1 / June 2018

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 Altörjay,
Editor-in-chief,
László Herszényi
Béla Hunyady
László Bene
Tamás Molnár
Tamás Takács

Editorial Board

Zoltán Csiki
László Czakó
Mária Figler
Tibor Gyökéres
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
Marco Banic, Zagreb, Croatia
Mircea Diclescu, Bucuresti, Romania
Francesco Di Mario, Parma, Italy
Petr Dítě, 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: Promenade
Publishing House 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

Publishing Director: Pálma Veress
Manager: Edina Tóth,
+(36)703689982
toth.edina@promenade.hu

Secretary: Andrea Kovács,
+(36)706147930
kovacs.andrea@promenade.hu
E-mail address for publications:
editorial.office@ceu-jgh.org
Layout Editor: Andrea Pivarcsik
Online edition: www.ceu-jgh.org
www.gastronews.olo.hu
Printed by Pauker Holding
Nyomdaipari Kft.
Executive Director: Gábor Vértés

ISSN number: HU-2415-9107
Published quarterly in 1800 copies
Annual subscription fee: 11341 HUF
Distribution: Delivered by post for
members of the supporting scien-
tific society on basis of addresslist,
and for general practitioners after
registration free of charge. Editorial
office assumes responsibility only
for content of numbered pages.
©2018 Promenade Publishing 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



60th Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

Program / Abstracts

Siófok, 2 – 5 June, 2018.

**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

2018.

CONTENTS

Time-table	4
PROGRAM:	
Meeting of the GI nurses and endoscopy associates I.....	6
Postgraduate Course.	7
Boston Scientific Corporation symposium	9
Exhibitors meeting.....	9
Meeting of the GI nurses and endoscopy associates II.....	10
Fresenius Kabi - Gilead symposium	13
Hepatology	13
Endoscopic ultrasound	16
Symposium of Hungarian Private Gastroenterologists.....	17
Surgery	18
Goodwill symposium	21
Ferring symposium.....	21
MSD symposium	25
Pro Gastro-Diavitas symposium	26
Memorial lectures / Awards / General assembly	26
List of awarded gastroenterologists of HSG.....	27
Teva symposium	31
Gastro Update symposium	31
Bowel Diseases	33
Motility	37
Nutrition and dietetics	39
Oncology	41
Pancreas.....	42
Takeda symposium	51
Novartis symposium.....	51
Janssen symposium.....	53
AbbVie IBD symposium.....	53
Narrow or wider bounds? 60 years of collaboration of gastroenterologists and surgeons (main topic) 53	
Colonoscopy surveillance after polypectomy-european (ESGE) guideline (state of art lecture)	57
Allegro symposium.....	57
Sandoz symposium.....	58
Endoscopy II.	60
Capsule endoscopy / Endoscopy III	63
Ultrasound / Imaging	64
Research Forum	66
Richter Gedeon symposium.....	73
Oncompass symposium.....	74
Quo vadis hungarian gastroenterology? (main topic)	74
Two decades of experience in the diagnostics, differentials and management of coeliac disease (state of art lecture)	75
Quality maging in endoscopy symposium.....	76
Challanges, dilemmas / clinicopathology / case reports (posters).....	78
Abstracts	83
Alphabetic list of authors	147
Exhibitors and advertisers.....	153
List of advertisers.....	154

Magyar Gasztroenterológiai Társaság 60. Nagygyűlése

Program / Előadáskivonatok

Siófok, 2018. június 2 – 5.

**Szerkeszti a
Magyar
Gasztroenterológiai
Társaság**

Felelős szerkesztő:

Dr. Szalay Ferenc
MGT Állandó Iroda
ügyvezető igazgató

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

ISSN: 2415-9107

2018.

TARTALOM

A Nagygyűlés időrendi beosztása.....	5
Program:	
Endoszkópos asszisztensek ülése I.....	6
MGT Posztgraduális Képzés.....	7
Boston Scientific Corporation szimpózium	9
Kiállítók köszöntése	9
Endoszkópos asszisztensek ülése II.....	10
Fresenius Kabi - Gilead- szimpózium	13
Hepatológia	13
Endoszkópos ultrahang.....	16
Magyar Gasztroenterológus Magánorvosok szimpózioma	17
Sebészet	18
Goodwill szimpózium	21
Ferring szimpózium	21
MSD szimpózium.....	25
Pro Gastro-Diavitas szimpózium.....	26
Emlékelőadások / Díjátadások / Közgyűlés.....	26
A Magyar Gasztroenterológiai Társaság kitüntetettjei.....	27
Teva szimpózium.....	31
Gastro Update szimpózium	31
Bélbetegségek	33
Motilitás	37
Táplálkozástudomány és dietetika	39
Onkológia	41
Pancreas	42
Takeda szimpózium	51
Novartis szimpózium	51
Janssen szimpózium.....	53
AbbVie IBD szimpózium.....	53
Szűkülő vagy szélesedő mezsgyén? 60 év a gasztroenterológusok és sebészek együttműködésében (főtema).....	53
Postpolypectómias colonoscopos utánkövetés-európai (ESGE) irányelv (state of art előadás)	57
Allegro szimpózium	57
Sandoz szimpózium	58
Endoszkópia II.	60
Kapszula endoszkópia / Endoszkópia III.	63
Ultrahang	64
Kutatói fórum	66
Richter Gedeon szimpózium.....	73
Oncompass szimpózium.....	74
Merre tovább magyar gasztroenterológia? (főtema)	74
Két évtized tapasztalata a coeliákia diagnosztikájában, elkülönítő diagnosztikájában és a betegek gondozásában (state of art előadás).....	75
Minőségi képzés az endoszkópiában szimpózium.....	76
Kihívások és dilemmák / klinikopatológia / esetismertetések (posztterek)	78
Előadás kivonatok	83
Szerzők névsora	147
Kiállítók, hirdető és támogatók.....	153
Hirdetések listája.....	154

60TH ANNUAL MEETING OF THE HUNGARIAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY

2 ND JUNE, SATURDAY		3 RD JUNE, SUNDAY		4 TH JUNE, MONDAY		4 TH JUNE, MONDAY	
		8.00-8.30 Pro Gastro-Diavitas symposium		8.00-8.30 Janssen symposium		8.00 – 8.30 Mounting of posters	
8.30 – 9.00 Mounting of posters		8.30 – 11.30 ① “Hetényi Géza” memorial lecture (Ágota Kovács) “Magyar Imre” memorial lecture Awards (Pro Optimo, Madaus, Best papers) Simor Pál Award George Weber Award 60 years of HSG (László Hersényi) GENERAL ASSEMBLY ELECTION OF GOVERNING BOARD		8.30 - 9.00 Abbvie IBD symposium ① 9.00 – 11.00 ① MAIN TOPIC I. Narrow or wider bounds? 60 years of collaboration of gastroenterologists and surgeons (László Harsányi) 11.05.-11.35 State of Art lecture ① Colonoscopy surveillance after polypectomy-european (ESGE) guideline (Tibor Wittmann)		8.30 – 9.00 Oncompass symposium ① 9.00 – 11.00 ① MAIN TOPIC II. Quo vadis hungarian gastroenterology?(Tamás Molnár) 11.05-11.35 State of Art lecture ① Two decades of experience in the diagnostics, differentials and management of coeliac disease (Márk Juhász)	
9.00-12.30 ① Meeting of the GI nurses and endoscopy associates I..						11.35 -12.20 Minőségi képzéskötés az endoszkópiában symposium ①	
12.30 - 13.00 Boston Scientific Corporation symposium①		11.30– 12.00 TEVA symposium		11.40 -12.40 Allegro symposium ①		Lunch	
13.00 ① Exhibitors meeting		Lunch		Lunch		Lunch	
14.00-17.00 ① Meeting of the GI nurses and endoscopy associates II.		14.00-14.30 Fresenius symposium ② 14.30-17.00 Előadások ② Hepatology		14.00 – 15.30 Előadások ② Motility 15.30-16.50 Előadások ② Nutrition and dietetics 17.00-18.00 Előadások ② Oncology		13.45 - 14.30 SANDOZ symposium ① 14.30-17.20 Előadások ① Endoscopy II.	
17.00 - 18.00 Goodwill symposium		14.00-16.00 Előadások ③ Endoscopic Ultrasound 16.00-17.00 ③ Symposium of Hungarian Private Gastroenterologists		14.00-18.00 Előadások ③ Pancreas		13.45-18.00 Előadások ③ Research Forum	
18.00 - 19.00 Ferring symposium ①		18.00 – 18.30 Takeda symposium ① 18.30 – 19.00 Novartis symposium ① 20.30 MGT Governing Board Meeting/ President Election		18.00 - 19.00 Richter symposium ①			
19.00 - 19.30 MSD symposium ①							

○ Numbers in circles indicate the lecture hall: ① Toscana I. hall ② Ibiza hall ③ Marbella hall ④ Panorama hall

Lunch: 12.00 - 14.00

MAGYAR GASTROENTEROLÓGIAI TÁRSASÁG 60. NAGYGYŰLÉSE 2018

JÚN. 2, SZOMBAT	JÚN. 3, VASÁRNAP	JÚN. 4, HÉTFŐ	JÚN. 5, KEDD
8.30 – 9.00 Posztterek elhelyezése 9.00-12.30 ① Endoszkópos asszisztensek ülése I. 9.00-10.30 ② I. Táplálásterápia a gastroenterológiában <i>(Miheller Pál)</i> 10.30-12.00 ② II. Újdonságok és gyakori hibák az akut pankreatitisz ellátásában <i>(Hegyi Péter)</i>	8.00-8.30 Pro Gastro-Diavitas szimpózium 8.30 – 11.30 ① “Hetényi Géza” emlékelőadás: <i>Kovács Ágota</i> “Magyar Imre” emlékelőadás Kitüntetések (Pro Optimo) <i>Garamszegi Mária, Harsányi László</i> Legjobb dolgozatok díjai (Madaus, MGT) Simor Pál Alapítvány díj George Weber Alapítvány díj Az MGT 60 éve <i>(Hersényi László)</i> KÖZGYŰLÉS Vezetőségválasztás 11.30– 12.00 TEVA szimpózium 12.00– 13.00 Gastro Update szimpózium	8.00-8.30 Janssen szimpózium 8.30 – 9.00 Abbvie IBD szimpózium ① 9.00 – 11.00 ① FŐTÉMA I. Szűkítő vagy szélesedő mezgyén? 60 év a gastroenterológusok és sebészek együttműködésében <i>(Harsányi László)</i> 11.05.-11.35 State of Art előadás ①) Postpolypectomiás colonoscopus utánkövetés-európai (ESGE) irányelv <i>(Wittmann Tibor)</i> 11.40 – 12.40 Allegro szimpózium ①	8.00 – 8.30 Posztterek elhelyezése 8.30 – 9.00 Oncompass szimpózium ① 9.00 – 11.00 ① FŐTÉMA II. Merre tovább magyar gastroenterológia? <i>(Molnár Tamás)</i> 11.05-11.35 State of Art előadás ① Két évtized tapasztalata a coeliákia diagnosztikájában, elkülönítő diagnosztikájában és a betegek gondozásában <i>(Juhász Márk)</i> 11.35 -12.20 Minőségi képzéskötés az endoszkópiában szimpózium ①
12.30 – 13.00 Boston Scientific Corporation szimpózium ① 13.00 ① Kiállítók köszöntése 13.00 – 14.00 Ebéd 14.00-17.00 ① Endoszkópos asszisztensek ülése II	14.00-14.30 Fresenius szimpózium ② 14.00-16.00 ③ Endoszkópos Ultrahang 14.00-16.30 ④ Előadások Sebészet 14.30-17.00 ② Előadások Hepatológia 16.00-17.00 ③ Magyar Gastroenterológus Magánorvosok szimpóziuma 16.40-17.00 ④ Előadások Learning Center	13.45 – 14.30 SANDOZ szimpózium ① 14.30-17.20 ① Előadások Endoszkópia II. 14.30-15.20 ② Előadások Kapszula Endoszkópia (Endoszk. III) 15.45-16.45 ② Előadások Ultrahang 13.45-18.00 ③ Előadások Kutatói fórum	12.45 – 15.15 ① KIHÍVÁSOK-DILEMMÁK, ESETMEGBESZÉLÉSEK Vegyes posztterek Video közvetítéses vita
17.00 – 18.00 Goodwill szimpózium 18.00 – 19.00 Ferring szimpózium ① 19.00 – 19.30 MSD szimpózium ①	18.00 – 18.30 Takeda szimpózium ① 18.30 – 19.00 Novartis szimpózium ① 20.30 Vezetőségi ülés/ Elnök választás	18.00 – 19.00 Richter szimpózium ①	

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.

2018. június 2. szombat
2 June, Saturday
9.00 – 12.00

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

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

Üléselnökök/ Chair:

Kokas Mariann, Mosonmagyaróvár **Dr. Pécsi Gyula**, Mosonmagyaróvár
Paulovicsné Kiss Melinda, Pécs

9.00 KÖSZÖNTŐ-TÁJÉKOZTATÓ

9.20 A MÁJKAPUI ÉS INTRAHEPATICUS EPEÚTI ELZÁRÓDÁST OKOZÓ TUMOROK TÖBBSZÖRÖS STENTELÉSÉNEK NEHÉZSÉGEI, ASSZISZTENSI SZEMSZÖGBŐL, KÉT ESETÜNK KAPCSÁN

Szelezsán J.¹, Seres L.², Paskó K.², Fülekiné Veres M.², Horvát G.², Makai G.², Bugát Pál Kórház Gyöngyös¹

9.30 BETEGGONDOZÁS MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ ELŐTT. TANULSÁGOK EGY ESET KAPCSÁN

Salánki Z.¹, Babosné Ásványi M.¹, Kokas M.¹, Magyarosi D.¹, Pécsi G.¹, Karolina Kórház és Rendelőintézet Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia¹

9.40 INNOVATÍV MEGOLDÁSOK AZ ENDOSZKÓPIÁBAN

Tar B.¹, Allegro Kft.¹

9.50 ELTÉVEDT SZÖVETEK- MI ÁLLHAT EGY FIATAL NŐ GASTROINTESTINÁLIS VÉRZÉSÉNEK HÁTTERÉBEN?

Ácsné Tóth A.¹, Schuller J.², Lukovich P.³, Schäfer E.¹, Csikós D.¹, Tari K.⁴, Medcover Klinika, Kórház és Fejlett Diagnosztikai Központ, Gasztroenterológiai részleg, Budapest¹, Róbert Károly Magánkórház, Belgyógyászati részleg, Budapest², Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Sebészeti Osztály, Budapest³, Semmelweis Egyetem Klinikai Központ Sürgősségi Betegellátó Osztály, Endoszkópos részleg, Budapest⁴

10.00 OLYMPUS ENDOSZKÓPOS TARTOZÉKOK

Balogh E.¹, Anamed kft¹

10.10 ÁPOLÓ, SZAKÁPOLÓ ÉS ENDOSZKÓPOS SZAKASSZISZTENS KÉPZÉSEK NÉMETORSZÁGBAN

Bordi K.¹, Agaplesion gemeinnützige AG, Frankfurt¹

10.30 BETEGELLÁTÁS AZ AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN MARKUS KRANKENHAUS GASTROENTEROLÓGIAI ENDOSZKÓPOS RÉSZLEGÉN

Sepsi V.¹, Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken Markus Krankenhaus¹

10.50 SZÜNET-FERRING fogadás

11.10 HEMOSPRAYVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK AZ MH EK GASTROENTEROLÓGIAI SZAKRENDELÉSÉN

Lukácsné Bezsenyi A.¹, Micskó É.¹, Csorba Z.¹, Heindlné Tóth A.¹, Pethe I.¹, Schillerné Toldi M.¹, Nagy J.¹, MH Egészségügyi Központ GE Szakrendelés¹

11.20 OVESCO FTRD-ENDOSZKÓPOSFehér G.¹, Endo Plus Service Kft.¹**11.30 IBD-S BETEG KÁLVÁRIÁJA. ESETBEMUTATÁS.**Budai J.¹, Gurzó Z.¹, Netye Z.¹, Bányainé Bodonyi K.¹, Kádár T.¹, Iszáka A.¹, Balogh E.¹, Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház, Endoszkópos Labor¹**11.40 KÉPZÉSI, TOVÁBBKÉPZÉSI TÁJÉKOZTATÓ, KEREKASZTAL MEGBESZÉLÉS**

2018. június 2. szombat

2 June, Saturday

9.00 – 12.00

Ibiza terem

Ibiza Hall

MGT POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS I. / POSTGRADUAL COURSE I.**TÁPLÁLÁSTERÁPIA A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN**
*NUTRITIONAL THERAPY IN GASTROENTEROLOGY*Moderátor / Chair: **Miheller Pál**, Budapest**9.00 TÁPLÁLÁSTERÁPIA PANCREAS BETEGSÉGEKBEN***NUTRITIONAL THERAPY IN PANCREATIC DISEASES*

Hamvas József, Budapest

9.45 TÁPLÁLÁSTERÁPIA GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBEN*NUTRITIONAL THERAPY IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE*

Sahin Péter, Miheller Pál, Budapest

MGT POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS II. / POSTGRADUAL COURSE II.**ÚJDONSÁGOK ÉS GYAKORI HIBÁK AZ AKUT PANKREATITISZ ELLÁTÁSÁBAN**
*NEW INSIGHTS AND COMMON MISTAKES IN THE MANAGEMENT OF ACUTE PANCREATITIS*Üléselnökök / Chair: **Vincze Áron** (Pécs), **Papp Mária** (Debrecen), **Czakó László** (Szeged),
Izbéki Ferenc (Székesfehérvár)**10.30 BEVEZETŐ, INTERAKTÍV KÉRDÉSEK***INTRODUCTION, INTERACTIVE QUESTIONS*

Hegyi Péter, Pécs

10.36 AZ EBM JELENTŐSÉGE*THE IMPORTANCE OF EBM*

Márta Katalin, Pécs

- 10.42 **A BETEGEK FELVÉTELE (DIAGNÓZIS, PROGNÓZIS)**
ADMISSION OF PATIENTS (DIAGNOSIS, PROGNOSIS)
Kui Balázs, Szeged
- 10.48 **ETIOLÓGIA KERESÉS (KÖRNYEZETI ÉS GENETIKAI TÉNYEZŐK)**
INVESTIGATING ETIOLOGY (ENVIRONMENTAL AND GENETIC FACTORS)
Németh Balázs, Szeged
- 10.54 **KÉPALKOTÓ VIZSGÁLATOK**
IMAGING EXAMINATIONS
Faluhelyi Nándor, Pécs
- 11.00 **FOLYADÉKTERÁPIA**
FLUID THERAPY
Mikó Alexandra, Pécs
- 11.06 **ANTIBIOTIKUM TERÁPIA**
ANTIBIOTIC TREATMENT
Párniczky Andrea, Budapest
- 11.12 **INTENZÍV ELLÁTÁS**
INTENSIVE THERAPY
Hágendorn Roland, Pécs
- 11.18 **ENTERÁLIS TÁPLÁLÁS, ÚJRATÁPLÁLÁS**
ENTERAL FEEDING, REFEEDING
Bajor Judit, Pécs
- 11.24 **ENDOSZKÓPOS INTERVENCIÓK**
ENDOSCOPIC INTERVENTIONS
Gódi Szilárd, Pécs
- 11.30 **PERKUTÁN INTERVENCIÓK, CHOLECYSTECTOMIA IDŐZÍTÉSE**
PERCUTAN INTERVENTIONS, TIMING OF CHOLECYSTECTOMY
Kelemen Dezső, Pécs
- 11.36 **A BETEGEK HAZABOCSÁJTÁSÁNAK IDŐZÍTÉSE**
TIMING OF PATIENTS' DISCHARGE
Hegyi Péter Jr, Pécs
- 11.42 **SÚLYOSSÁG ÉS SZÖVŐDMÉNYEK MEGÁLLAPÍTÁSA**
EVALUATING SEVERITY AND COMPLICATIONS
Illés Dóra, Szeged
- 11.48 **ZÁRSZÓ, INTERAKTÍV MEGBESZÉLÉS**
CLOSING REMARKS, INTERACTIVE DISCUSSION
Hegyi Péter, Pécs



2018. június 2. szombat
2 June, Saturday
12.30-13.00

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

**ENDOSCOPOS UH VEZÉRELT HASNYÁLMIRIGY FOLYADÉKGYÜLEMEK
MODERN KEZELÉSRE - KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A LUMEN APPOSING
STENTEKRE**

**AZ ELSŐ HAZAI TAPASZTALATOK A HOT AXIOS SYSTEMMEL - KLINIKUM,
FINANSZÍROZÁS, 'TIPS AND TRICKS'**

*ENDOSCOPIC ULTRASOUND CONTROLLED PANCREATIC FLUID COLLECTIONS
MODERN TREATMENT - WITH SPECIAL ATTENTION TO LUMEN-APPPOSING
STENTS*

*THE FIRST DOMESTIC EXPERIENCES WITH THE HOT AXIOS SYSTEM - CLINIC,
FINANCING, 'TIPS AND TRICKS'*

**BOSTON SCIENTIFIC CORPORATION SZIMPÓZIUM /
BOSTON SCIENTIFIC CORPORATION SYMPOSIUM**

Előadó / Speaker: Szepes Attila, Szeged

2018. június 2. szombat
2 June, Saturday
13.00

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

KIÁLLÍTÓK KÖSZÖNTÉSE / EXHIBITORS MEETING

EBÉD / LUNCH

2018. június 2. szombat
2 June, Saturday
14.00 – 17.00

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

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

Üléselnökök/ Chair:

Bacskainé Beluzsár Adrienn, Miskolc

Sümegi János, Miskolc

Kabai Annamária, Karcag

14.00 KÖSZÖNTŐ

14.10 A KOLONOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK MINŐSÉGI MUTATÓI

Zádori- Born A.¹, Varga M.¹, BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, 2.Gastroenterológia-4.Belgyógyászat osztály¹

14.20 GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉG A RADIOLÓGUS SZAKASSZINTENS SZEMÉVEL

Hevesiné L.¹, Marosi J.¹, Sándor J.¹, Szamosi T.², Zsigmond F.², Gyökeres T.², Schäfer E.², Hersényi L.², MHEK Radiológia¹, MHEK Gasztroenterológia²

14.30 INTRAOPERATÍV ERCP (IO-ERCP)

Nagyné B. N.¹, Molnár T.¹, Varga R.¹, Tóth A.¹, Kissné S. E.¹, Maksa M.¹, Keserű A.¹, Szász V. E.¹, Székely I.¹, Székely A.¹, Fejes R.¹, Izbéki F.¹, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház I.Belgyógyászat Gasztroenterológia Endoszkópos Laboratórium Székesfehérvár¹

14.40 TAPASZTALATAINK AZ INNOVATÍV, ELEKTROKAUTERIZÁLÓ CSÚCCSAL ELLÁTOTT, BEHELYEZŐ RENDSZEREN BEVIHETŐ ÖNTÁGULÓ FÉMSTENTTEL A HASNYÁLMIRIGY SZÖVŐDMÉNYES KÖRÜLÍRT FOLYADÉKGÜLEMEINEK MINIMÁL INVÁZÍV ENDOSZKÓPOS KEZELÉSÉBEN

Geiger E.¹, Bandi T.¹, Szijártó A.¹, Harsányi L.¹, Hritz I.¹, Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Invazív endoszkópos Centrum¹

14.50 IDEGENTEST ELTÁVOLÍTÁS AVAGY MINDIG ÉRNET MEGLEPETÉS ...

Kiss G.¹, Lakó K.¹, Durcsán H.¹, Rácz I.¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

15.00 FIRST HUNGARIAN RESULTS WITH LUMEN APPOSING STENTING (HOT AXIOS) IN PATIENTS WITH WALLED-OFF PANCREATIC NECROSIS – CASE SERIES

Novák P.¹, Dubravcsik Z.¹, Madácsy L.¹, Szepes A.¹, Departement of Gastroenterology and Endoscopy Center of OMCH Hungary Ltd, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét¹

15.10 ENDOSZKÓPOK FERTŐTLENÍTÉSE: A STEELCO KFT. ÚJ GENERÁCIÓS AUTOMATA FERTŐTLENÍTŐ RENDSZEREI

Koroknay K., Budapest

15.20 KÖZGYŰLÉS- MEGEMLÉKEZÉS AZ ELMŰLT 60 ÉVRŐL

16.00 DÍJKIOSZTÁS

VEZETŐSÉG VÁLASZTÁS

[illegible]

por belsőleges oldathoz

nátrium-pikoszulfát, könnyű magnézium-oxid
vizmentes citromsav

2 db tasak



PICOPREP®

Egyszerűen tiszta

[illegible][illegible]

Kettős hatású béltisztító: ozmotikus és stimuláló hatóanyagok kombinációja, amely optimális béltisztító hatást eredményez. ⁽¹⁾

Kellemes íze és könnyű alkalmazhatósága miatt a betegek előnyben részesítik a PEG-alapú béltisztítóval szemben.⁽²⁾

 Gyermekeknek 1 éves kortól adható.⁽¹⁾

1 doboz PICOPREP® 2 tasak
narancsízú port tartalmaz.

1. Alkalmazási előirat
2. Worthington, Curr Med Res Opin 2008; 24(2):481-488

FERRING
PHARMACEUTICALS

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

012/400/2018/23

Tudományos párbeszéd a terápia fejlődése érdekében



Fél évszázad a tudományos eszmecsere jegyében

207 nemzetközi rendezvény

130 000 résztvevő szakember

5 600 magyar résztvevő orvos

265 magyar poszter pályázat

A Falk Foundation segít abban, hogy az orvosok, gyógyszerészek, egészségügyi szakdolgozók, egyetemi hallgatók és a betegek széleskörű, napra kész információkat kapjanak az egyes gasztroenterológiai betegségekről és azok kezelésére szolgáló terápiákról.




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, central@medicons.hu
www.medicons.hu

2018. június 2. szombat
2 June, Saturday
14.00 – 14.30

Ibiza terem
Ibiza Hall

KIHÍVÁSOK A HCV TERÁPIÁJÁBAN – CHALLENGES IN HCV THERAPY
FRESENIUS KABI HUNGARY -GILEAD SZIMPÓZIUM /
FRESENIUS KABI HUNGARY-GILEAD SYMPOSIUM

Üléselnök/Chair: Hunyady Béla, Kaposvár

„A 3-AS GENOTÍPUS FONTOSSÁGA, KEZELÉSE”
IMPORTANCE AND TREATMENT OF GT3 PATIENTS
Makara Mihály, Budapest

2018. június 2. szombat
2 June, Saturday
14.30 – 17.00

Ibiza terem
Ibiza Hall

HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY
ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS

Üléselnökök/Chair:

Pár Gabriella, Pécs

Tornai István, Debrecen

14.30 AGE AND GENDER, BUT NOT ATP7B GENOTYPE INFLUENCES THE CLINICAL MANIFESTATION OF WILSON DISEASE: RESULTS OF A LARGE STUDY IN CAUCASIAN PATIENTS

Ferenci P., Bécs

14.50 MIR-224 EXPRESSZIÓJÁNAK VIZSGÁLATA KOLANGIOKARCINOMÁBAN

Szekerczés T.¹, Coati I.², Fassan M.², Schlachter K.³, Lendvai G.¹, Csengeri M.¹, Borka K.¹, Schaff Z.¹, Kiss A.¹, Semmelweis Egyetem 2. sz. Patológiai Intézet, Budapest¹, Department of Medicine, Surgical Pathology Unit, University of Padua, Italy², Országos Onkológiai Intézet, Budapest³

15.01 ADIPONUTRIN (PNPLA3) RS738409 GENOTYPE AND METABOLIC FACTORS INFLUENCE THE DEGREE OF LIVER FAT DEPOSITION AND DEVELOPMENT OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE (NAFLD)

Nádasdi Á.¹, Gál V.², Somogyi A.¹, Firneisz G.³, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Brain Imaging Centre, Research Centre for Natural Sciences, Hungarian Academy of Sciences, Budapest², MTA-SE Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences - Semmelweis University, Budapest, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest³

15.12 EVALUATION OF LIVER FIBROSIS BY TRANSIENT ELASTOGRAPHY AND ELF TEST , AND STEATOSIS BY CONTROLLED ATTENUATION PARAMETER AT METHOTREXATE TREATED PATIENTS.

Pusztay M.¹, Németh A.¹, Korda J.², I. Belgyógyászat, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest¹, Országos Reumatológia és Fizioterápiás Intézet, Budapest²

15.23 A VON WILLEBRAND FAKTOR MULTIMER SZERKEZETÉNEK MÓDOSULÁSA STABIL ÉS AKUTAN DEKOMPENZÁLT MÁJCIRRHOZISOS BETEGEKBEN

Pályu E.¹, Hársfalvi J.², Tornai T.¹, Papp M.¹, Vitális Z.¹, Udvardy M.³, Tornai I.¹, Gasztroenterológiai Nem Önálló Tanszék, Belgyógyászati Intézet, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Debrecen¹, Biofizikai és Sugárbiológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest², Laboratóriumi Medicina Intézet, Általános Orvostudomány Kar, Debreceni Egyetem, Debrecen³

15.34 SZÜNET

Üléselnökök/Chair:

Lengyel Gabriella, Budapest

Pár Alajos, Pécs

15.45 MAGYARORSZÁGI C VÍRUS HEPATITISES BETEGEK GENOTÍPUS MEGOSZLÁSÁNAK ELEMZÉSE (2000-2017)

Gervain J.¹, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár, I.Bel/Hepato-Pancreatológia és Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium¹

15.56 A HEPATITIS C VÍRUS FERTŐZÉS FELISMERÉSE A DEBRECENI EGYETEMEN

Tornai T.¹, Papp M.¹, Lukács T.¹, Vitális Z.¹, Tornai I.¹, Debreceni Egyetem,Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék¹

16.07 DIRECT ACTING ANTIVIRAL TREATMENT DECREASES INHIBITORY TIM-3 IMMUNE CHECKPOINT RECEPTOR AND ITS LIGAND GALECTIN-9 EXPRESSION IN PATIENTS WITH CHRONIC HCV HEPATITIS

Par G.¹, Szereday L.², Meggyes M.², Berki T.³, Miseta A.⁴, Vincze A.¹, Par A.¹, First Department of Medicine, University of Pecs¹,Department of Medical Microbiology and Immunology²,Department of Biotechnology and Immunology³,Department of Laboratory Medicine⁴

16.18 THE SEVERITY OF LIVER FIBROSIS AND PREVALENCE OF HEPATOCELLULAR CACINOMA IN DIABETIC AND NON-DIABETIC CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS. RESULTS OF A COMPARATIVE STUDY FROM A NORTH-EAST HUNGARIAN REGION

Lombay B.¹, Szalay F.², St. Ferenc Hospital (Member of the Borsod County Central Teaching Hospital), Department of Gastroenterology, Miskolc¹,Semmelweis University, I. Clinic of Medicine, Budapest²

16.29 A CRYOGLOBULINAEMIA KÖVETÉSE A KRÓNIKUS C VÍRUS HEPATITIS GYÓGYULÁSÁT KÖVETŐEN

Tornai I.¹, Földi I.¹, Papp M.¹, Pályu E.¹, Vitális Z.¹, Tornai T.¹, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Osztály, Debrecen¹

HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY

POSZTEREK / POSTERS

Üléselnökök/Chair:

Hunyady Béla, Kaposvár

Papp Mária, Debrecen

1. **A FILAMENTÓZUS-AKTIN ELLENI IGA TÍPUSÚ ANTITESTEK GYAKORIAK MÁJCIRRHOZISBAN ÉS ÖSSZEFÜGGÉST MUTATNAK A BETEGSÉG SÚLYOSABB LEFOLYÁSÁVAL**
 Tornai T.¹, Balogh B.¹, Földi I.¹, Sipeki N.¹, Vitális Z.¹, Tornai I.¹, Papp M.¹, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék¹

2. **EPIDEMIOLOGY, HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AND WORK PRODUCTIVITY OF PATIENTS TREATED FOR HCV IN HUNGARY-RESULTS OF THE REAL-WORLD STUDY FROM HUNGARIAN TREATMENT CENTRES PARTICIPATING IN THE MOSAIC STUDY**
 Lengyel G.¹, Horváth G.², Szalai F.³, Tusnádi A.⁴, Pataki M.⁵, Tivadar A.⁶, Werling K.¹, Pusztay M.⁷, Gerlei Z.⁸, Makara M.⁹, Nemesi K.⁹, Bányai T.¹⁰, Varga M.¹¹, Hunyady B.¹², 2nd Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Hepatology Center of Buda, Budapest, Hungary², 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary³, Hetényi Géza Hospital, Szolnok, Hungary⁴, Directorate of Health and Social Services, Kecskemét, Hungary⁵, Abbvie Kft, Budapest, Hungary⁶, Szent János Hospital, Budapest, Hungary⁷, Department of Transplantation and Surgery of Semmelweis University, Budapest, Hungary⁸, South-Pest Center-Hospital, Budapest, Hungary⁹, Pándy Kálmán Hospital, Gyula, Hungary¹⁰, Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary¹¹, Somogy County Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár and University of Pécs, Pécs, Hungary¹²

3. **REAL WORLD EVIDENCE OF THE SAFETY OF PARITAPREVIR/R/OMBITASVIR ± DASABUVIR ± RIBAVIRIN IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C - AN OBSERVATIONAL STUDY IN HUNGARY – VERITAS- INTERIM ANALYSIS**
 Tornai I.¹, Lengyel G.², Horváth G.³, Schneider F.⁴, Werling K.⁵, Pusztay M.⁶, Makara M.⁷, Bányai T.⁸, Gervain J.⁹, Pataki M.¹⁰, Tivadar A.¹¹, Hunyady B.¹², 2nd Department of Internal Medicine University of Debrecen, Hungary¹, 2nd Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary², Hepatology Center of Buda, Budapest, Hungary³, Markusovszky Hospital, Szombathely, Hungary⁴, 2nd Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary⁵, Szent János Hospital, Budapest, Hungary⁶, Szent István and Szent László Hospital, Budapest, Hungary⁷, Pándy Kálmán Hospital, Gyula, Hungary⁸, Szent György Educational Hospital, Székesfehérvár, Hungary⁹, Directorate of Health and Social Services, Kecskemét, Hungary¹⁰, Abbvie Kft, Budapest, Hungary¹¹, Somogy County Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár and University of Pécs, Pécs, Hungary¹²

2018. június 2. szombat
2. June, Saturday
14.00 – 16.00

Marbella terem
Marbella Hall

ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG / ENDOSCOPIC ULTRASOUND ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS

Üléselnökök/Chair:

Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg

Pakodi Ferenc, Pécs

Takács Rita, Budapest

14.00 **ENDOSCOPIC ULTRASOUND (EUS) EXAMINATIONS IN A TEACHING HOSPITAL – EXPERIENCES OF THE FIRST YEAR**

Sahin P.¹, Rác S.¹, Hamvas J.², Topa L.³, Várkonyi T.⁴, Vajda K.⁴, Nehéz L.⁵, Harsányi L.⁵, Jahn Ferenc Hospital, Department of Gastroenterology, Budapest, Hungary¹, Bajcsy Zsilinszky Hospital, Department of Gastroenterology, Budapest, Hungary², Department of Gastroenterology, St. Imre Teaching Hospital, Budapest and Pécs University, Hungary³, Jahn Ferenc Hospital, Department of Pathology, Budapest, Hungary⁴, Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁵

14.10 **AN INTERESTING CASE OF A PANCREAS METASTATIC DISEASE**

Kovács A.¹, Patai Á.¹, Tolvaj B.², Markusovszky Teaching Hospital 2nd. Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology¹, Markusovszky Teaching Hospital Department of Pathology²

14.20 **LOW NEGATIVE PRESSURE SUCTION YIELDS BETTER QUALITY SMEARS – PROSPECTIVE COMPARISON OF SLOW-PULL AND STANDARD SUCTION TECHNIQUES OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE-NEEDLE ASPIRATION**

Bor R.¹, Vasas B.², Fábíán A.¹, Czakó L.¹, Farkas K.¹, Bálint A.¹, Rutka M.¹, Milassin Á.¹, Molnár T.¹, Hamar S.², Kaiser L.², Tiszlavicz L.², Szepes Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary²

14.30 **ENDOSCOPIC ULTRASOUND GUIDED FINE-NEEDLE ASPIRATION OF RECTAL AND PERIRECTAL LESIONS**

Fábíán A.¹, Bor R.¹, Vasas B.², Hamar S.², Tiszlavicz L.², Bálint A.¹, Czakó L.¹, Farkas K.¹, Milassin Á.¹, Rutka M.¹, Szántó K.¹, Molnár T.¹, Szepes Z.¹, First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged²

Üléselnökök/Chair:

Czakó László, Szeged

Szepes Attila, Kecskemét **Hamvas József**, Budapest

14.40 **WHAT ARE WE DOING TODAY IN REAL PRACTICE IN ENDOSONOGRAPHY? A NATIONWIDE SURVEY.**

Czakó L.¹, Szepes Z.¹, Dubravcsik Z.², Szepes A.², Hritz I.³, Hritz I.⁴, Hamvas J.⁵, Sahin P.⁶, Bodnár Z.⁷, Dancs N.⁸, Sarlós P.⁹, Vincze Á.⁹, Kovács A.¹⁰, Szmola R.¹¹, Szegedi L.¹², First Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital², First Department of Surgery, University of Semmelweis³, Department of Gastroenterology, State Health Center⁴, First Department of Internal Medicine - Gastroenterology, Bajcsy-Zsilinszky Hospital⁵, Second Department of Internal Medicine, Jahn Ferenc South-Pest Hospital⁶, Kenézy Gyula University Hospital⁷, First Department of Internal Medicine - Gastroenterology, Petz Aladár County Teaching Hospital⁸, First Department of Internal Medicine, University of Pécs⁹, Department of Internal Medicine - Gastroenterology, Markusovszky Egyetemi Teaching Hospital¹⁰, Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology¹¹, First Department of Internal Medicine, Jóna András Teaching Hospital¹²

14.50 EUS-GUIDED DIAGNOSIS OF A PANCREATIC SOLID PSEUDOPAPILLARY TUMOR ASSOCIATED WITH FAP – CASE REPORT.

Szpiszár T.¹, Fillinger J.², Szanyi S.¹, Burai M.¹, Mersich T.³, Szmola R.¹, Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary¹, Department of Cytopathology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary², Department of Abdominal Surgery, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary³

15.00 UNUSUAL SOLID PANCREATIC NEOPLASMS DIAGNOSED WITH EUS-FNA: PRESENTATION OF 3 CASES AND REVIEW OF A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE

Vasas B.¹, Bor R.², Fábíán A.², Czakó L.², Hamar S.¹, Kaizer L.¹, Tiszlavicz L.¹, Szepes Z.², Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary²

15.10 URGENS ENDOSCOPOS ULTRAHANG VIZSGÁLATOK JELENTŐSÉGE ACUT BILIÁRIS KÓRKÉPEK ELLÁTÁSÁBAN

Hamvas J.¹, Pósfai G.², Lázár Balázs B.¹, Bajcsy-Zsilinszky kórház gasztroenterologia¹, Bajcsy-Zsilinszky kórház Sebészet²

**INTERVENCIÓS ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG /
INTERVENTIONAL ENDOSCOPIC ULTRASOUND
AZ ENDOSZKÓPOS ÉS AZ ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG SZEKCIÓK
KÖZÖS PROGRAMJA
ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS**

Üléselnökök/Chair:

Szepes Zoltán, Szeged **Dubravcsik Zsolt**, Kecskemét **Sarlós Patrícia**, Pécs

15.20 WALLED OFF PANCREAS NECROSIS, PANCREAS TÁLYOG ELLÁTÁSI LEHETŐSÉGE ENDOSCOPOS ULTRAHANG VEZÉRELT GASTROCYSTOSTOMÁVAL.

Hamvas J.¹, Takács R.¹, Pósfai G.², Lázár B.¹, Bajcsy-Zsilinszky kórház gasztroenterologia¹, Bajcsy-Zsilinszky kórház Sebészet²

15.30 ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED DRAINAGE OF WALLED OFF PANCREATIC NECROSIS WITH LUMEN-APPPOSING METAL STENT

Ivány E.¹, Illés D.¹, Zsóri G.¹, Kui B.¹, Sánta K.¹, Blasinszky-Lemes K.¹, Szepes Z.¹, Czakó L.¹, First Department of Medicine, University of Szeged¹

15.40 MANAGEMENT OF SYMPTOMATIC PANCREATIC FLUID COLLECTIONS USING A LUMEN-APPPOSING METAL STENT ON AN ELECTROCAUTERY-ENHANCED DELIVERY SYSTEM – OUR PRELIMINARY OBSERVATIONS (WITH VIDEOS)

Hritz I.¹, Geiger E.¹, Bandi T.¹, Szijártó A.¹, Harsányi L.¹, Center for Therapeutic Endoscopy, 1st Department of Surgery, Semmelweis University¹

15.50 FIRST HUNGARIAN RESULTS WITH LUMEN APPPOSING STENTING (HOT AXIOS) IN PATIENTS WITH WALLED-OFF PANCREATIC NECROSIS – CASE SERIES

Novák P.¹, Dubravcsik Z.¹, Madácsy L.¹, Szepes A.¹, Departement of Gastroenterology and Endoscopy Center of OMCH Hungary Ltd, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét¹

2018. június 2. szombat

2 June, Saturday

16.00 – 17.30

Marbella terem

Marbella Hall

MAGYAR GASZTROENTEROLÓGUS MAGÁNORVOSOK SZIMPÓZIUMA

Üléselnökök/Chair:

Bene László, Budapest

Gurzó Zsoltán, Gyula

2018. június 2. Szombat
2 June, Saturday
14.00 – 16.30

Panorama terem
Panorama Hall

SEBÉSZET / SURGERY
ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS

Üléselnökök/Chair:

Bálint András, Budapest

Besznyák István, Budapest

14.00 AZ AKUT CHOLECYSTITIS KEZELÉSI STRATÉGIÁJA A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEMEN

Tóth I.¹, Ábrahám S.¹, Palásthy Z.¹, Varga L.¹, Molnár T.², Czakó L.², Ottlakán A.¹, Simonka Z.¹, Paszt A.¹, Lázár G.¹, SZTE Sebészeti Klinika¹, SZTE 1.sz.Belgyógyászati Klinika²

14.10 AZ ULTRAHANG VEZÉRELT TRANSHEPATICUS CHOLECYSTA DRAINAGE HELYE AZ AKUT CHOLECYSTITIS KEZELÉSÉBEN

Ottlakán A.¹, Ábrahám S.¹, Kovács G.², Czakó L.³, Szepes Z.³, Paszt A.¹, Simonka Z.¹, Tóth I.¹, Vas M.¹, Petri A.¹, Lázár G.¹, Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, Sebészeti Klinika¹, Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, Radiológiai Klinika², Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, I.sz Belgyógyászati Klinika³

14.20 BIOENERGETIC MALADAPTATIONS DURING ALPPS INDUCED LIVER REGENERATION

Anker P.¹, Czibere G.¹, Federics V.¹, Németh K.¹, Keczer B.¹, Budai A.¹, Fülöp A.¹, Szijártó A.¹, 1st Department of Surgery, Hepato-Pancreato-Biliary Surgical Research Center, Semmelweis University¹

14.30 AZ EPEÚTI BETEGSÉGEK KOMBINÁLT SEBÉSZETI ÉS ENDOSZKÓPOS KEZELÉSE

Pósfai G.¹, Hamvas J.², Bezsilla J.³, Juhász M.¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház és RI., Budapest, Sebészeti, Érsebészeti, Érsebészeti és Mellkassebészeti Osztály¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház és RI., Budapest, I. Belgyógyászati Osztály², Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Sebészeti Osztály³

14.40 NAGY MÉRETŰ HIATUSZ HERNIA MIATT VÉGZETT 39 TERVEZETT ÉS SÜRGŐS MŰTÉT TAPASZTALATAI

Besznyák I.¹, Dede K.¹, Papp G.¹, Saftics G.¹, Svastics I.¹, Bursics A.¹, Uzsoki utcai Kórház Sebészeti-Onkosebészeti Osztály¹

14.50 A SEBÉSZI KEZELÉS INDIKÁCIÓJA A CARDIATÁJÉK FUNKCIONÁLIS KÓRKÉPEIBEN

Bálint A.¹, Brenner B.¹, Herczeg G.¹, Máté M.¹, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Általános Sebészeti Profil, Budapest¹

15.00 MEGBESZÉLÉS

15.20 FIATAL FÉRFI BETEG TERÁPIA REZISZTENS COLITIS ULCEROSA MIATTI KOMPLEX BELGYÓGYÁSZATI – SEBÉSZETI ÉS POSTOPERATIV ELLÁTÁSA

Csiba B.¹, Lukovich P.¹, Simon B.¹, Sahin P.², Kovács M.³, Boga A.⁴, Dakó S.⁵, Szent János Kórház, Sebészeti Osztály¹, Jahn Ferenc Kórház, Gasztroenterológiai Osztály², Szent János Kórház, I. Belgyógyászati Osztály³, Szent János Kórház, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály⁴, Semmelweis Egyetem II.sz. Belgyógyászati Klinika⁵

15.30 NYELÉSKÉPTELEN BETEG KÁLVÁRIÁJA, ALIG REMÉLT GYÓGYULÁSA

Kotsis L.¹, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest, Mellkassebészeti Osztály¹

15.40 MASSZÍV ALSÓ GASTROINTESTINALIS VÉRZÉS: DÖNTÉS A MŰTŐASZTAL MELLETT

Csiba B.¹, Vadinszky P.¹, Kovács M.², Lukovich P.¹, Simon B.¹, Szabó H.³, Szalay L.⁴, Sebészeti, Szent János Kórház, Budapest¹, Gasztroenterológia, Szent János Kórház, Budapest², Patológia, Szent János Kórház, Budapest³, Radiológia, Szent János Kórház, Budapest⁴

15.50 AGGKORÚ BETEG MASSZÍVAN VÉRZŐ GIST TUMORA A GYOMORBAN. GASZTROENTEROLÓGUS ÉS SEBÉSZ KOOPERÁCIÓJA A KEZELÉSI STRATÉGIÁBAN

György A.¹, Tóth G.², Székely G.², Szabó H.³, Barok B.¹, Csomor B.¹, Lukovich P.¹, Sebészeti Osztály, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest¹, I. Belgyógyászati - Gasztroenterológiai Osztály, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest², Patológiai Osztály, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest³

16.00 ILEUM DUPLEX – RITKA ELVÁLTOZÁS OKOZTA DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI KIHÍVÁS

Simon B.¹, Berki I.¹, Lukovich P.¹, Virág Z.³, Szabó H.², Sebészeti Osztály, Szent János Kórház, Budapest¹, Patológiai Osztály, Szent János Kórház, Budapest², Gasztroenterológia, Mária Medical, Budapest³

16.10 MEGBESZÉLÉS



EGYENES ÚT A BÉLRENDSZER GYÓGYULÁSÁHOZ



Normix 200 mg filmtabletta 12x ATC: A07AA11; OGYI-T-6639/01 Hatóanyag: 200 mg rifaximin (polimorf alfa forma) filmtabletta-táncént. **Terápiás javallatok és adagolás:** Manifeszt encephalopathia hepatica: 2 tabletta (400 mg) 8 óránként, a kezelés ideje nem haladhatja meg a 7–15 napot, időtartamát a klinikai válasz alapján kell meghatározni. Preoperatív profilaxisban: 2 tabletta (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 körképek közül „egyszerű colitis”: 2x400 mg/nap, 10 napig. Kontaminált vékonybél szindrómában: 2x400 mg/nap, általában 5–7 napig. Akut fertőzőes gastroenteritis nem gyulladásos formái-ban: 2x400 mg/nap, 3 napig. A rifaximin biztonságosságát és hatékonyságát 12 évesnél fiatalabb gyermekeknél nem igazolták. **Ellen-javallatok:** A készítmény hatóanyagaival, rifamicin-származékokkal vagy bármely segédanyagával szembeni ismert túlérzékenység. Bélelzáródás, súlyos fekélyes leziók a bélrendszerben. Lázzal, véres széklettel járó bélfertőzés. **Mellékhatás,** gyakori (≥1/100–<1/10): székülés, fejtájtás, hasi fájdalom, székrekedés, fokozott székelési inger, hasmenés, flatulencia, fokozott bégázképződés és hastesztülés, hányinger, hányás, végbélal feszülése, láz. **A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** Allasigma S.p.A, Viale Sarca 223, 20126 Milá-nó, Olaszország. **Árak:** bruttó fogy. ár: 1.961 Ft, 25%-os norm. támogatás összege: 490 Ft, **térítési díj: 1.471 Ft.** Közgyógyellátottaknak térítésmentesen rendelhető (forrás: www.neak.gov.hu) **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 mellék-hatásokra (4.8). A rövidített alkalmazási előírás az OGYEI/31236/2017. sz. alk. előírás alapján készült. A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2017. május 18. **Kommunikációs partner:** Goodwill Pharma Kft. 6724 Szeged, Cserzy M. u. 32. Tel: +36 62 443 571. Amennyiben termékünk alkalmazása során „Nemkívánatos eseményt” észlel, kérjük, 24 órán belül jelentse a pharmacovigilance@goodwillpharma.com e-mail címen vagy a +36 30 2222763 telefonszám-on. A dokumentum lezárásának időpontja: 2018.04.26. NRO/UH/18/04 GW01112. Részletes információk: https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/index.php?action=show_details&item=11369



2018. június 2. szombat
2 June, Saturday
17.00 – 18.00

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

GOODWILL SZIMPÓZIUM / GOODWILL SYMPOSIUM

Üléselnök / Chair: Szalay Ferenc, Budapest

CITRAFLEET- EGYSZERŰEN HASZNÁLHATÓ HATÉKONY BÉLTISZTÍTÓ

CITRAFLEET- SIMPLE AND EFFECTIVE BOWEL PREPARATION

Szepes Zoltán, Szeged

JÓKOR JÓ HELYEN: AZ ENTOCORT HATÉKONYSÁGA KÜLÖNBÖZŐ GASZTROINTESZTINÁLIS KÓRKÉPEKBEN

*JUST RIGHT IN THE RIGHT PLACE- EFFICACY OF ENTOCORT IN DIFFERENT
GASTROINTESTINAL DISORDERS*

Molnár Tamás, Szeged

ALKALOMSZERŰ PPI KEZELÉS-2018

ON-DEMAND PPI THERAPY UPDATE-2018

Hersényi László, Budapest

NORMIX – 2018

Szalay Ferenc, Budapest

2018. június 2. szombat
2 June, Saturday
18.00 – 19.00

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

GUT HEALTH SYMPOSIUM / A MIKROBIOM ÉS AZ IBD FERRING SZIMPÓZIUM / FERRING SYMPOSIUM

Üléselnök / Chair:

A MIKROBIOM SZEREPE A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBEN

IMPORTANCE OF THE MICROBIOM IN IBD

Molnár Tamás, Szeged

PROBIOTIKUMOK SZEREPE ÉS VIZSGÁLATI EREDMÉNYEI KÜLÖNBÖZŐ GASZTROENTEROLÓGIA KÓRKÉPEKBEN.

THE ROLE OF PROBIOTICS IN DIFFERENT GASTROENTEROLOGICAL DISORDERS.

Farkas Klaudia, Szeged

ENYHE-KÖZÉPSÚLYOS COLITIS ULCEROSA KEZELÉSÉRE VONATKOZÓ ÚJ ECCO GUIDELINE

MILD TO MODERATE UC TREATMENT ECCO GUIDELINE

Miheller Pál, Szeged



PENTASA®



PENTASA®
4 g retard granulátum



CORTIMENT®



CORTIMENT®
9 mg retard tabletta

Enyhe- közép súlyos colitis ulcerosa akut fellángolásának kezelésére

Formel	Mittelmolekulargewicht abgeschätzt in	abstrahierte Dauerzeit (50%, 75%)	Wirkstoff (g)
Formel 4 g reiner Wirkstoff 25% löslich	25 445	22 500	2 544
Formel 8 g reiner Wirkstoff 25% löslich	25 953	26 242	2 596

FERRING
PHARMACEUTICALS

Ferring Magyarország Kft.
1138 Budapest, Tomori utca 34.
Tel: 06-1-236 3800, Fax: 06-1-236 3899
e-mail: feringo@ferring.hu

EGYESÍTETT ERŐKKEL A NYÁLKAHÁRTYA-GYÓGYULÁSÉRT



PENTASA®



PENTASA®
4 g retard granulátum



CORTIMENT®



CORTIMENT®
9 mg retard tabletta

Enyhe- közép súlyos colitis ulcerosa akut fellángolásának kezelésére

[illegible][illegible]

tema	aktivitetsnivå aktivitet i aktivitet i	aktivitets nivå (50%, 10%)	aktivitets nivå (50%, 10%)
Person 4 g vid grundläggande 30-åriga	25 445	22 873	2 544
Person 4 g vid grundläggande 30-åriga	25 445	22 873	2 544

J. Biomater. Sci. Polym. Ed. 2014, Vol. 26, No. 10

FERRING
PHARMACEUTICALS

Ferring Magyarország Kft.
1138 Budapest, Tomori utca 34.
Tel: 06-1-236 3800, Fax: 06-1-236 3899
e-mail: ferring@feringo.hu



ZEPATIER® (elbasvir és grazoprevir)

Fix dózisú második generációs NS3/4A proteáz inhibitor¹ és NS5A inhibitor kombináció

VÁLTOZATOS BETEGPROFILOK¹ KIHÍVÁST JELENTŐ TÁRSBETEGSÉGEK¹ EGY ERŐTELJES TERÁPIA*

JAVALLAT: A ZEPATIER® az 1-es és 4-es genotípusú krónikus hepatitis C vírusfertőzés kezelésére javallott felnőtteknél⁵

98%
(129/131)

SVR12 arány a terápia-naiv (TN) G1b betegek körében, 12 hetes ZEPATIER terápiával, RBV nélkül¹

G = genotípus; RBV = ribavirin

- 95% összesített SVR12 (291/306): G1a: 92% (144/157); G1b: 98% (129/131); G4 100% (18/18)

98%
(135/138)

SVR12 arány a terápia-naiv kompenzált cirrhoticus betegek körében, 12 hetes ZEPATIER terápiával, RBV nélkül^{1,3}

- Az összesített elemzés a C-EDGE TN, C-EDGE COINFECTION, C-SURFER és a C-WORTHY vizsgálatok adatain alapszik

C-EDGE TN: A hepatitis C kettős-vak, placebokontrollált vizsgálat, terápia-naiv, cirrhoticus és nem cirrhoticus betegek körében, 12 hetes ZEPATIER® kezeléssel. (G1: n=288; G4: n=18).¹

*A hepatitis C vírusfertőzés sikeres kezelése = a tartós virológiai válasz (SVR, sustained virologic response), mely valamennyi vizsgálatban az elsődleges végpontot jelentette. Az SVR-t a HCV ribonukleinsav (RNS) kimutathatóság alsó határa alatti HCV RNS szintként határozták meg 12 héttel a terápia végét követően (SVR12).^{1,4}

ZEPATIER 50 mg/100 mg filmtabletta. Filmtablettenként 50 mg elbasvir és 100 mg grazoprevir tartalmaz. Szakorvosi rendelvényhez kötött (Sz), csak a C-hepatitis kezelésében jártas szakorvos által alkalmazható gyógyszer. **Javallatok:** A ZEPATIER krónikus hepatitis C vírus (HCV) okozta fertőzés kezelésére javallott felnőtteknél (lásd 4.2, 4.4 és 5.1 pont). A hepatitis C vírus (HCV) genotípus-specifikus aktivitására lásd 4.4 és 5.1 pont. **Adagolás:** a készítmény ajánlott adagja naponta egy tabletta. Az ajánlott adagolási rend és a kezelések időtartama 1a genotípus esetén: ZEPATIER adása 12 hétig; ZEPATIER adása 16 hétig ribavirinnel – a kezelési kudarc kockázatának minimalizása érdekében fontokra kell venni azon betegeknél, akiknél a kiindulási HCV RNS-szint >800 000 NE/ml és/vagy az elbasvir aktivitásának legalább 5-szörös csökkenését okozó specifikus NS5A polimorfizmusok vannak jelen (lásd 5.1 pont). 1b genotípus esetén: ZEPATIER adása 12 hétig; 4-es HCV genotípus esetén: ZEPATIER adása 16 hétig ribavirinnel – a kezelési kudarc kockázatának minimalizása érdekében fontokra kell venni olyan betegeknél, akiknél a kiindulási HCV RNS-szint >800 000 NE/ml (lásd 5.1 pont). **Ellenjavallat:** a készítmény hatásosságával vagy az alkalmazási előírás 6.1 pontjában felsorolt bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Közepesen súlyos vagy súlyos májcirrhosisban (Child-Pugh B vagy C) szenvedő betegek (lásd 4.2 és 5.2 pont). Együttes alkalmazása organikus anion transzporter polipeptid 1B (OATP1B) gátlókkal, például rilampicinnel, atazanavirral, darunavirral, lopinavirral, szalkinavirral, tipranavirral, kobicisztáttal vagy ciklosporinnal. Lásd 4.4 és 4.5 pont. Együttes alkalmazása a citokróm P450 3A (CYP3A) vagy a P-glikoprotein (P-gp) induktorokkal, például efavirenzzel, fenitoinnal, karbamazepinnel, bosentan, etravirin, modafinillal vagy lyukaslevelű orbáncfűvel (Hypericum perforatum). Lásd 4.4 és 4.5 pont. **Figyelmeztetések:** a kezelés alatt ALT-szint emelkedések mértéke közvetlen összefüggésben van a grazoprevir plazmaexpozíciójával. A kezelés megkezdése előtt, a 8. kezelési héten, valamint klinikailag indokolt esetekben laboratóriumi májvizsgálatokat kell végezni. A 16 hetes kezelésben részesülő betegeknél a 12. kezelési héten további laboratóriumi májvizsgálatot kell végezni. A ZEPATIER hatásosságát nem bizonyították a 2-es, 3-as, 5-ös és 6-os HCV genotípusok esetében, valamint olyan betegek esetében, akik korábban ZEPATIER-kezelésben vagy a ZEPATIER-rel azonos osztályokba tartozó gyógyszerekkel (NS5A gátlók vagy NS3/4A gátlók, kivéve a telaprevirt, bocoprevirt) történő kezelésben részesültek (lásd 5.1 pont), illetve a HCV/HIV társfertőzött betegek esetében sem. **Különleges betegcsoportok:** idősek (≥65 évesek): nincs szükség a ZEPATIER adagjának módosítására (lásd 4.4 és 5.2 pont). Májcirrhosis: nem szükséges a ZEPATIER adagjának módosítása enyhe májcirrhosisban (Child-Pugh A) szenvedő betegeknél. A ZEPATIER ellenjavallt közepesen súlyos vagy súlyos májcirrhosisban (Child-Pugh B vagy C) szenvedő betegek esetében (lásd 4.3 és 5.2 pont). Vesebetegség: nem szükséges a ZEPATIER adagjának módosítása enyhe vesebetegség (ESRD): nem szükséges a ZEPATIER adagjának módosítása enyhe, közepesen súlyos, vagy súlyos vesebetegségben szenvedő betegeknél (beleértve a hemodialízisben részesülő betegeket is) (lásd 5.2 pont). Gyermekek: a ZEPATIER alkalmazása nem javasolt gyermekeknél és 18 évesnél fiatalabb serdülőknél, mivel a biztonságosságát és hatékonyságát ebben a populációban nem állapították meg. **Terhesség, szoptatás:** a ZEPATIER terhes nőknél történő alkalmazása tekintetében nincs megfelelő és jól kontrollált vizsgálat. Nem ismert, hogy az elbasvir vagy a grazoprevir és metabolitjaik kiválasztódnak-e a humán anyatejbe. A rendelkezésre álló, állatkísérletek során nyert farmakokinetikai adatok az elbasvir és a grazoprevir kiválasztódását igazolták az anyatejbe. A ZEPATIER alkalmazása előtt el kell dönteni, hogy a szoptatást függesztik fel, vagy megszakítják a kezelést/tartózkodnak a kezeléstől. **Gyógyszerinterakciók:** a grazoprevir az OATP1B drog transzporterek szubsztója. A ZEPATIER együttes alkalmazása ellenjavallt olyan gyógyszerekkel, amelyek gátolják az OATP1B transzportereket (lásd 4.3 és 4.4 pont). Az elbasvir és a grazoprevir a CYP3A és a P-gp szubsztrojtjai. A CYP3A vagy a P-gp induktorainak ZEPATIER-rel történő együttes alkalmazása ellenjavallt (lásd 4.3 és 4.4 pont). A ZEPATIER együttes alkalmazása erős CYP3A gátlókkal emeli az elbasvir és a grazoprevir plazmakoncentrációt, ezért az együttes alkalmazás nem javasolt (lásd 2. táblázat és 4.4 pont). **Főbb mellékhatások:** a klinikai vizsgálatokban a leggyakrabban jelentett mellékhatások (több mint 10%) a fáradtság és a fejfájás voltak. A ribavirinnel vagy anélkül ZEPATIER-rel kezelt vizsgálati átlagok kevesebb mint 1%-ánál jelentkeztek súlyos mellékhatások (hasi fájdalom, transziens ischaemiás attack és anaemia). **Felírás előtt kérjük, olvassa el a teljes alkalmazási előírást, különös tekintettel a pontos indikációkra (4.1), adagolásra és alkalmazásra (4.2), ill. a figyelmeztetésekre (4.4)** (04/12/2017 EMA/HV4126/18/10)

▼ Ez a gyógyszer fokozott figyelmet igényel, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jelezzék bármilyen feltételezett mellékhatást.

Referenciák: 1. Zeuzem et al. Grazoprevir-Elbasvir Combination Therapy for Treatment-Naive Cirrhotic and Noncirrhotic Patients With Chronic HCV Genotype 1, 4, or 6 Infection. Ann Intern Med. 2015;163:1-13. doi:10.7326/M15-0785. 2. Clark VC, Peter JA, Nelson DR. New therapeutic strategies in HCV: second-generation protease inhibitors. Liver Int. 2013;33(suppl 1):80-84. 3. Kwo P, Jacobson I, Lawitz E, et al. Elbasvir/grazoprevir in cirrhotic patients with HCV infection. Poster presented at: 25th Asian Pacific Association for the Study of the Liver; February 20-24, 2016; Tokyo, Japan. Published in Hepatol Int (2016) 10 (Suppl 1):S1-S506. 4. European Association for the Study of Liver. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016. J Hepatol. 2016; http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2016.09.001. 5. ZEPATIER alkalmazási előírás.



MSD

MSD Pharma Hungary Kft.

1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 8., Telefon: 06-1-888-5300; Fax: 06-1-888-5388, hungary_msd@merck.com

A dokumentum lezárásának ideje: 2018. január 25., INFC-1231147-0039

2018. június 2. szombat
2 June, Saturday
19.00 – 19.30

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

HEPATITIS C – KOMORBIDITÁSOK, KOINFEKCIÓK ÉS SZŰRÉS
HEPATITIS C – COMORBIDITIES, CO-INFECTIONS AND SCREENING
MSD SZIMPÓZIUM / MSD SYMPOSIUM

Üléselnök/Chair: Werling Klára, Budapest

A HEPATITIS C KARDIOVASZKULÁRIS KOMORBIDITÁSAI
THE CARDIOVASCULAR COMORBIDITIES OF HEPATITIS C
Werling Klára, Budapest

A HIV ÉS A TÁRSFERTŐZÉSEK HELYZETE, A SZŰRÉS JÖVŐJE
HIV AND COINFECTIONS – THE FUTURE OF SCREENING
Szlávik János, Budapest

2018. június 3. vasárnap
3 June, Sunday
8.00 – 8.30

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

AZ INTESZTINALIS BARRIER ÉS A MIKROBIOM
THE INTESTINAL BARRIER AND THE GUT MICROBIOM
PRO GASTRO-DIAVITAS SZIMPÓZIUM / PRO GASTRO-DIAVITAS SYMPOSIUM

Üléselnök/Chair: Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

A PROBIOTIKUMOK SZEREPE AZ INTESZTINALIS BARRIER FENNTARTÁSÁBAN
THE ROLE OF THE PROBIOTICS IN THE FUNCTION OF INTESTINAL BARRIER
Pelle Judit, Budapest

A MIKROBIOM GENETIKAI VIZSGÁLATA ÉS KLINIKAI JELENTŐSÉGE
STOOL MICROBIOM TESTING IN THE CLINICAL PRAXIS
Tóth Gábor Tamás, Budapest

2018. június 3. vasárnap
3 June, Sunday
8.30 – 11.30

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

HETÉNYI GÉZA EMLÉKELŐADÁS / MEMORIAL LECTURE "GÉZA HETÉNYI"
Klinikai munka és kutatás az IBD jegyében 1970 óta/ Clinics and research in IBD since 1970
Kovács Ágota, Budapest

MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS / MEMORIAL LECTURE "IMRE MAGYAR"
DNS metiláció vizsgálata fogazott polypokban / DNA methylation in serrated polyps
Patai Árpád, Budapest

GREETING OF THE NEW HONORARY MEMBERS

A TÁRSASÁG DÍJAINAK ÁTADÁSA

A legjobb magyar nyelvű gasztroenterológiai tárgyú dolgozat díj,
A legjobb angol nyelvű gasztroenterológiai tárgyú dolgozat díj (Madaus alapítvány díj),
"Pro Optimo Merito in Gastroenterologia" emlékérem, Madaus Alapítvány díja
A SIMOR PÁL ÉS A GEORGE WEBER ALAPÍTVÁNY DÍJAINAK ÁTADÁSA

AZ MGT 60 ÉVE
Hersényi László, Budapest

* * *

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. Zárszó
VIII. Vezetőségválasztás

A TÁRSASÁG A "HETÉNYI GÉZA EMLÉKÉREMBEN" A KÖVETKEZŐ

TISZTELETBELI TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

HONORARY MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"

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

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

MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"

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

MAGYAR IMRE EMLÉKELOADÁS 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	2016.	Dr. SZABÓ BÁLINT GERGELY
		2017.	Dr. PALLAGI PETRA
		2018.	Dr. PATAI ÁRPÁD V.

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

EMLÉKÉREM KITÜNTETÉSBN A KÖVETKEZŐ TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

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

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

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

EMLÉKÉRMÉVEL KITÜNTETETT KÜLFÖLDI GASZTROENTEROLÓGUSOK

FOREIGN GASTROENTEROLOGISTS AWARDED WITH

"PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA" MEDALLION

Dr. LUDWIG DEMLING	(D)	1986	Dr. SÁFÁR ISTVÁN	(SK)	2001
Dr. DAVID A. DREILING	(USA)	1988	Dr. GEORGE WEBER	(USA)	2001
Dr. HENRY T. HOWAT	(UK)	1988	Dr. HERBERT FALK	(D)	2001
Dr. RUDOLF AMMAN	(CH)	1988	Dr. LÁSZLÓ SÁFRÁNY	(D)	2008
Dr. HENRY SARLES	(F)	1988	Dr. J.F. RIEMANN	(D)	2008
Dr. MANFRED V. SINGER	(D)	1988	Dr. PETER MALFERTHEINER	(D)	2016
Dr. GABRIELE S. NAGY	(AUS)	1988	Dr. BAFFY GYÖRGY	(USA)	2017

Rabyprex,
gyomormedv-ellenálló
tabletta

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

ÚJDONSÁG
AZ ALKALMAZÁSI
ELŐÍRÁSBAN!

TEVA

RABYPREX

AZ ÜTŐS VÉDELEM A GYOMORSAV ELLEN!



A RABYPREX: 3

**FOKOZZA A NYELŐCSŐ ÉS A GYOMOR NYÁK-
ELVÁLASZTÁSÁT, MELY HATÁSA FÜGGETLEN
A PROTONPUMPA-GÁTLÓ HATÁSTÓL**

**ADDITÍVEN HOZZÁJÁRULHAT A TÁPCSORNA
FELSŐ RÉSE NYÁLKAHÁRTYÁJÁNAK SAV-
HATÁS ELLENI VÉDELMEHEZ**

**JELENTŐS MÉRTÉKBEN VISSZAFORDÍTJA A
NAPROXÉN ÁLTAL A GYOMORBAN KIVÁLTOTT
NYÁKTERMELÉS CSÖKKENÉST MIND PENTA-
GASZTRIN ÁLTAL STIMULÁLT, MIND ALAPÁLLA-
POTBAN**

GYORS¹

HATÉKONY²

MUKOPROTEKTÍV³

Rövidített alkalmazási előírás

Rabyprex 10 mg gyomormedv-ellenálló tablettát / Rabyprex 20 mg gyomormedv-ellenálló tablettát

Hatósága: Rabyprex 10 mg gyomormedv-ellenálló tablettát: 10 mg rabeprazol-nátrium (amely megfelel 9,42 mg rabeprazolnak) tablettánként. Rabyprex 20 mg gyomormedv-ellenálló tablettát: 20 mg rabeprazol-nátrium (amely megfelel 18,85 mg rabeprazolnak) tablettánként. **Javallatok:** Aktív nyombélfekély, aktív benignus gyomorfekély. Gastro-oesophagealis reflux betegség tüneti kezelése (szimptomatikus GORR). Erősv vagy ulceratív gastro-oesophagealis reflux betegség tüneti kezelése. Gastro-oesophagealis reflux betegség hosszú távú kezelése (fenntartó kezelés). Megelőző antibiotikumos kezelés kiegészítő: peptikus fekélyben vagy krónikus gastritisben szenvedő betegek esetében a Helicobacter pylori eradikációjára, Helicobacter pylori fertőzésű peptikus fekély gyógyulására és relapsusának megelőzésére, Zollinger-Ellison szindróma és más, a gyomor patológiájának eredeti, fokozott savtermelésének kezelése. **Adagolás és alkalmazás:** Azon javallatok esetében, amikor a Rabyprex tablettát naponta egyszer kell bevenni, étkezés előtt megenni, félét sem a napozás, sem az étkezés nem befolyásolja a rabeprazol aktivitását, azonban a beteg jobb együttműködését eredményezi a kezelés során. Helicobacter pylori eradikáció esetén, amikor a Rabyprex tablettát két megfelelő antibiotikummal kombinációban alkalmazzák, naponta kétszer kell szedni. A tablettát nem szabad szétszórni vagy elhúzni, hanem kevés vízzel, egészben kell lenyelni. Aktív nyombélfekély és aktív benignus gyomorfekély esetén: naponta egyszer 20 mg. Némely aktív nyombélfekélyes beteg reagálhat a napi egyszer alkalmazott 10 mg-os kezelésre is. A legtöbb aktív nyombélfekélyes beteg 2-4 héten belül meggyógyul. Néhány nehezen gyógyuló betegnek a gyógyszerig további 6 hetes kiegészítő kezelése lehet szükséges. Gastro-oesophagealis reflux betegség tüneti kezelése (szimptomatikus GORR) esetén: naponta egyszer 10 mg vagy 20 mg oesophagitis esetén. Amennyiben 4 hét elteltével a tünetek nem szűnnek befolyásolni, a beteg további kivizsgálásra szorul. Erősv vagy ulceratív gastro-oesophagealis reflux betegség tüneti kezelés: naponta egyszer 20 mg, 4-8 héten keresztül. Gastro-oesophagealis reflux betegség hosszú távú kezelése (fenntartó kezelés): naponta egyszer 10 mg vagy egyszer 20 mg fenntartó adag adható a beteg állapotától függően. Helicobacter pylori eradikáció: Gyomor-nyombélfekélyben vagy krónikus gastritisben Helicobacter pylori pozitívítás esetén a körkezelő eradikációs kombinált kezelést kell alkalmazni. Az alábbi 7 napos kombinációk egyike javeszt: naponta kétszer 20 mg Rabyprex tablettát + naponta kétszer 500 mg klamoxin és naponta kétszer 1 g amoxicillin, vagy naponta kétszer 20 mg Rabyprex tablettát + naponta kétszer 500 mg klamoxin és naponta kétszer 400 mg metronidazol. A legjobb eradikációs eredményt, ami meghaladja a 90%-ot, akkor lehet elérni, ha a rabeprazolt klamoxinnal és amoxicillinnel együtt alkalmazzák. A fenti kombinációk bármelyikével történő Helicobacter pylori eradikáció azt eredményezte, hogy a nyombél- vagy gyomorfekély meggyógyult, anélkül, hogy további fekélytérképlése lett volna szükség. Zollinger-Ellison szindróma és más, a gyomor patológiájának eredeti, fokozott savtermelésének kezelése: A javeszt kezdő adag naponta egyszer 60 mg. A további adagolást egyedül, a beteg állapotától függően kell megállapítani. Néhány beteg esetében a napi adag több részletben történő adása válhat szükséges. A kezelést mindaddig folytatni kell, míg a beteg állapota szükségesnek teszi. Nem javeszt gyermekek számára. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával, szubsztitált benzimidazolokkal vagy bármely segédanyaggal szembeni túlérzékenység, terhesség és szoptatás. **Legfontosabb mellékhatások:** fejfájás, inszomnia, fáradtság, szédülés, köhögés, pharyngitis, minőség, hasmenés, hányás, hányinger, hasi fájdalom, székrekedés, flatulencia, fúvás, mélygyógyok (benignus), nem specifikus fájdalom, látáscsökkenés, asztma, influenza-szerű tünetek. **A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** TEVA Gyógyszergyár Zrt., 4042 Debrecen, Pallagi út 13. Az utolsó jóváhagyott alkalmazási előírás dátuma: 2017.11.18.

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

RABYPREX 10 MG, 28x – Bruttó fogy ár: 1209 Ft – Norm. társ. összeg: 95 Ft – 1Kc díj: 1114 Ft // RABYPREX 20 MG, 28x – Bruttó fogy ár: 1855 Ft – Norm. társ. összeg: 189 Ft – 1Kc díj: 1666 Ft // RABYPREX 20 MG, 56x – Bruttó fogy ár: 3710 Ft – Norm. társ. összeg: 379 Ft – 1Kc díj: 3331 Ft

Forrás: www.egp.hu/gyogyszerkeszo. 2018. február 1-től érvényes árak

Hivatkozás: 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: Add inhibition on the first day of dosing: comparison of four proton pump inhibitors. Pantoflickova D1, Dorta G, Ravik M, Jomard P, Blum AL, Aliment Pharmacol Ther 2003 Jun 15;17(12):1507-14. 3: Rabyprex alkalmazási előírás

TEVA

TEVA Gyógyszergyár Zrt.

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

A dokumentum lezárásának dátuma:
2018.02.02.
HU/RABYP/17/0007b

2018. június 3. vasárnap
3 June, Sunday
11.30 – 12.00

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

TEVA SZIMPÓZIUM / TEVA SYMPOSIUM

Üléselnök / Chair: Tulassay Zsolt, Budapest

HAVI EGYMILLIÓ. SOK VAGY KEVÉS?

ONE MILLION A MONTH. WHAT DO YOU THINK?

Hersényi László, Budapest

2018. június 3. vasárnap
3 June, Sunday
12.00-13.00

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

ÚJDONSÁGOK A GASTROENTEROLÓGIA TERÜLETÉN / *BEST OF GASTRO UPDATE 2018* GASTRO UPDATE SZIMPÓZIUM / GASTRO UPDATE SYMPOSIUM

Üléselnökök/Chair:

Hegyi Péter, Pécs

Madácsy László, Budapest

12.00 ÚJDONSÁGOK A FUNKCIONÁLIS GASTROENTEROLÓGIAI KÓRKÉPEKBEN

NEW FRONTIERS IN FUNCTIONAL GASTROENTEROLOGY DISORDERS

Rosztóczy András, Szeged

12.10 ÚJDONSÁGOK A GASTROENTEROLÓGIÁBAN

NEW FRONTIERS IN GASTROENTEROLOGY

Vincze Áron, Pécs

12.20 ÚJDONSÁGOK A PANCREATOLÓGIÁBAN

NEW FRONTIERS IN PANCREATOLOGY

Hegyi Péter, Pécs

12.30 ÚJDONSÁGOK A HEPATOLÓGIÁBAN

NEW FRONTIERS IN HEPATOLOGY

Altörjay István, Debrecen

12.40 ÚJDONSÁGOK AZ ENDOSZKÓPIÁBAN

NEW FRONTIERS IN ENDOSCOPY

Szepes Attila, Szeged

12.50 ÚJDONSÁGOK AZ IBD-BEN

NEW FRONTIERS IN IBD

Molnár Tamás, Szeged

ZÁRSZÓ / CLOSING REMARKS

Madácsy László, Székesfehérvár

EBÉD / LUNCH

VSL#3®

étrend-kiegészítő készítmény

Éld az életed!



- 450 milliárd baktérium ($4,5 \times 10^{11}$ CFU)*

- 8 baktériumtörzs*

Lactobacillus acidophilus

Lactobacillus plantarum

Lactobacillus paracasei

Lactobacillus delbrueckii subsp. bulgaricus**

Bifidobacterium breve

Bifidobacterium longum***

Bifidobacterium infantis***

Streptococcus thermophilus

- 1 doboz 10 tasakot tartalmaz

- Nem tartalmaz glutént
és tejszármazékokat

Az étrend-kiegészítő nem helyettesíti
a változatos, kiegyensúlyozott étrendet
és az egészséges életmódot.

* 1 tasak 450 milliárd 8 különböző törzsből származó liofilizált
tejsavbaktériumot és bifidobaktériumot tartalmaz felszabadításkor

** Legújabb osztályozása: Lactobacillus helveticus

*** Legújabb osztályozása: Bifidobacterium animalis subsp. lactis.

FERRING
PHARMACEUTICALS

Ferring Magyarország Kft.

1138 Budapest, Tomori utca 34.

Tel.: 06-1-236 3800, Fax: 06-1-236 3899

e-mail: ferring@ferring.hu

2018. június 3. Vasárnap
3 June, Sunday
14.00 – 18.00

Toscana I terem
Toscana I Hall

BÉLBETEGSÉGEK / BOWEL DISEASE

ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS

Üléselnökök/Chair:

Molnár Tamás, Szeged **Kristóf Tünde**, Miskolc **Gurzó Zoltán**, Gyula

14.00 PREVALENCE OF C13910 POLYMORPHISMS IN PATIENTS WITH SYMPTOMS OF MILK INTOLERANCE: A PROSPECTIVE STUDY AND ANALYSIS OF A BIRTH-COHORT PHENOMENON

Buzás G.¹, Department of Gastroenterology, Ferencváros Health Centre, Budapest¹

14.10 ÖSSZEFÜGGÉSEK VIZSGÁLATA KORÁBBI APPENDECTOMIA, CHOLECYSTECTOMIA ILLETVE A COLORECTALIS RÁK KIALAKULÁSA KÖZÖTT

Ábrahám S.¹, Németh T.¹, Benkő R.², Matuz M.², Tiszlavicz L.³, Sejben A.³, Molnár T.⁴, Farkas K.⁴, Lázár G.¹, SZTE ÁOK Sebészeti Klinika¹, SZTE GYK Klinikai Gyógyszerészeti Intézet², SZTE ÁOK Patológiai Intézet³, SZTE ÁOK 1. sz. Belgyógyászati Klinika⁴

14.20 APPENDECTOMY: A POTENTIAL RISK FACTOR OF MALIGNANT DISEASES, INFLAMMATORY BOWEL DISEASE (IBD) AND DIABETES MELLITUS

Czirják K.¹, Vén L.¹, Vén P.², Rácz F.¹, Ágoston S.¹, Szegedi L.¹, 1st Department of Internal Medicine, Jóna András Teaching Hospital, Nyíregyháza¹, Department of Gastroenterology, University of Debrecen²

14.30 MIKROBIÓTA ÖSSZETÉTEL JELLEMZŐI ÉS JELENTŐSÉGE TOTÁL COLECTOMIÁN ÉS IPAA MŰTÉTEN ÁTESETT COLITIS ULCEROSÁS BETEGEKBEN

Bálint A.¹, Farkas K.¹, Kintses B.², Méhi O.², Madácsy T.³, Maléth J.³, Szántó K.¹, Rutka M.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Fábrián A.¹, Bor R.¹, Varga A.¹, Molnár T.¹, Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged¹, Szintetikus és Rendszerbiológiai Egység, MTA Szegedi Biológiai Kutatóközpont, Szeged², MTA SZTE Momentum Eritel Sszgnalizáció és Szekréció Kutatócsoport, Szeged³

14.40 NON-MEDICAL MANDATORY REVERSED AND BACK AND FORTH SWITCH BETWEEN INFLIXIMAB AND ITS BIOSIMILAR: EARLY CLINICAL OUTCOMES

Iliás Á.¹, Szántó K.², Gönczi L.¹, Kürti Z.¹, Golovics P.³, Schafer E.³, Farkas K.², Szamosi T.³, Szepes Z.², Molnár T.², Lakatos P.¹, Semmelweis University, First Department of Medicine, Budapest, Hungary¹, University of Szeged, First Department of Internal Medicine, Szeged, Hungary², Military Hospital – State Health Centre, Gastroenterology Unit, Budapest, Hungary³, University of Pécs, 1st Department of Medicine, Pécs, Hungary⁴

14.50 ANTI-TNFA VS. CONVENTIONAL TREATMENT FOR THE PREVENTION OF POSTOPERATIVE RECURRENCE OF CROHN'S DISEASE. A META-ANALYSIS

Erős A.¹, Farkas N.², Hegyi P.¹, Veres G.³, Czákó L.⁴, Bajor J.⁵, Rakonczay Z.⁴, Eröss B.⁵, Sarlós P.⁵, Transzlációs Medicina Intézet, Pécsi Tudományegyetem ÁOK¹, Bioanalitikai Intézet, Pécsi Tudományegyetem ÁOK², Semmelweis Egyetem ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika³, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika⁴, Pécsi Tudományegyetem ÁOK, Klinikai Központ, I.sz. Belgyógyászati Klinika⁵

15.00 ADVANCES IN OPTIMALIZATION OF THERAPEUTIC DRUG MONITORING USING MUCOSAL TNF EXPRESSION AND ANTI-TNF CONCENTRATION IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE TREATED WITH BIOLOGICALS – PRELIMINARY RESULTS FROM A SINGLE CENTER STUDY

Farkas K.¹, Elekes G.¹, Kata D.², Földesi I.², Ferenci T.³, Madácsy T.¹, Rutka M.¹, Bálint A.¹, Bor R.¹, Fábán A.¹, Milassin Á.¹, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Maléth J.¹, Molnár T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged¹, Institute of Laboratory Medicine, University of Szeged², Physiological Controls Research Center, Óbuda University, Budapest³

15.10 DO ANY BODY COMPOSITION OR BLOOD PARAMETER CORRELATE WITH 6-THIOGUANIN LEVEL IN IBD PATIENTS TREATED WITH AZATHIOPRINE?

Milassin Á.¹, Szántó K.¹, Fábán A.¹, Bor R.¹, Farkas K.¹, Bálint A.¹, Rutka M.¹, Földesi I.², Szijártó A.³, Mezei Z.⁴, Bubán T.⁶, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Molnár T.¹, Palatka K.⁵, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged¹, Institute of Laboratory Medicine, University of Szeged², Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged³, Department of Laboratory Medicine, University of Debrecen⁴, 2nd Department of Internal Medicine, University of Debrecen⁵, Department of Internal Medicine, University of Debrecen⁶

15.20 VEDOLIZUMAB SZÉRUM- ÉS ANTITEST SZINTEK ÖSSZEFÜGGÉSE A KLINIKAI AKTIVITÁSSAL ÉS AZ ENDOSZKÓPOS VÁLTOZÁSSAL AZ INDUKCIÓ ÉS AZ EGY ÉVES FENNTARTÓ KEZELÉS SORÁN IBD-S BETEGEKBEN

Kébel Z.¹, Lovas S.¹, Nagy G.², Bor R.³, Altorjay I.¹, Antal-Szalmás P.², Molnár T.³, Palatka K.¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debrecen², Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar I.sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged³

15.30 IMMUNIZÁCIÓS ARÁNY A GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK KÖRÉBEN

Pálkás D.¹, Szamosi T.¹, Schäfer E.¹, Zsigmond F.¹, Gyökeres T.¹, Scheili E.¹, Hersényi L.¹, MHEK Honvédkórház Gasztroenterológia¹

15.40 SZÜNET

Üléselnökök/Chair:

Palatka Károly, Debrecen

Miheller Pál, Budapest

Szamosi Tamás, Budapest

16.00 INITIAL EXPERIENCES WITH BIOLOGICAL THERAPY OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE (IBD) IN A NEW IBD CENTER

Farkas-Rusu E.¹, Szepes A.¹, Gyimesi G.¹, Dubravcsik Z.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét¹

16.10 CALPROTECTIN VIZSGÁLAT DIFFERENCIÁL DIAGNOSZTIKAI ÉRTÉKE KÓRELŐZMÉNY NÉLKÜLI BETEGEKBEN

Szemes K.¹, Vincze Á.¹, PTE KK I.sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék¹

16.20 DOES DRUG LEVEL MONITORING HELP US TO UNDERSTAND THE MECHANISM BEHIND THE SUPERIORITY OF COMBO THERAPY IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES?

Szántó K.¹, Szijártó A.², Fábán A.¹, Bor R.¹, Bálint A.¹, Farkas K.¹, Milassin Á.¹, Szepes Z.¹, Földesi I.³, Kata D.³, Mezei Z.⁴, Lovas S.⁵, Palatka K.⁵, Molnár T.¹, 1st Department of Internal Medicine Szeged, University of Szeged¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged², Institute of Laboratory Medicine, Szeged³, Department of Laboratory Medicine, University of Debrecen Clinical Centre⁴, 2nd Department of Internal Medicine, University of Debrecen⁵

16.30 HIDRADENITIS SUPPURATIVA AND INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: A CASE SERIES

Schäfer E.¹, Szamosi T.¹, Gyökeres T.¹, Zsigmond F.¹, Hersényi L.¹, MHEK Gasztroenterológia¹

16.40 FOLLOW-UP HISTOLOGY HAS A LIMITED PROGNOSTIC ROLE IN COELIAC DISEASE – A SYSTEMATIC REVIEW WITH META-ANALYSIS

Szakács Z.¹, Gede N.¹, Gyöngyi Z.², Solymár M.¹, Csupor D.³, Erőss B.¹, Vincze Á.⁴, Mikó A.¹, Vasas A.³, Szapáry L.¹, Dobszai D.¹, Balikó V.¹, Hágendorn R.⁴, Hegyi P.¹, Bajor J.⁴, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Department of Public Health Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary², Department of Pharmacognosy, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Division of Gastroenterology, 1st Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴

16.50 CLAMYDIA TRACHOMATIS INFECTIO SZEREPE AZ IBD DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS KEZELÉSÉBEN

Sike R.¹, Balla E.², Pártos G.¹, Kovács K.³, Kádár P.³, Demeter P.¹, Szent Margit Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Budapest¹, Országos Epidemiológiai Központ, II. Bakteriológiai Osztály², Szent Margit Kórház, Patológiai Osztály, Budapest³

17.00 THERAPY-SPECIFIC RISK FOR THROMBOSIS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE. A META-ANALYSIS.

Sarlós P.¹, Szemes K.¹, Hegyi P.², Vincze Á.¹, Farkas N.³, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Medical School, Pécs, Hungary¹, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Medical School, Pécs, Hungary², Institute of Bioanalysis, University of Pécs, Medical School, Pécs, Hungary³

17.10 CHARACTERISTICS AND USE OF BIOLOGICAL THERAPY OF ULCERATIVE COLITIS PATIENTS BETWEEN 2010-2016 IN HUNGARY

Molnár T.¹, Farkas K.¹, Milassin Á.¹, Szántó K.¹, Takács P.², Gimesi-Ország J.², Kunovszki P.², Szamosi T.³, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged¹, Jansen-Cilag KFT², Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest³

17.20 ANTI-TNF ALFA TERÁPIA GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGBEN: HOGYAN BEFOLYÁSOLJA AZ INFLIXIMAB SZÉRUM SZINTJE A TERÁPIÁS DÖNTÉST?

Lovas S.¹, Nagy G.², Kacska S.¹, Altorjay I.¹, Antal-Szalmás P.², Palatka K.¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debrecen²

17.30 MARIHUANA TERÁPIÁS ALKALMAZÁSA GASZTROINTESZTINÁLIS BETEGSÉGEKBEN

Gasztonyi B.¹, Petrilla P.¹, Szenes M.¹, Zala Megyei Szent Rafael Kórház, Belgyógyászati osztály, Zalaegerszeg¹

17.40 INTERIM ANALYSIS OF THE POST-MARKETING OBSERVATIONAL STUDY ON EVALUATION THE EFFECT OF ADALIMUMAB TREATMENT WITH ABBVIE'S PATIENT SUPPORT PROGRAM ON PATIENT REPORTED OUTCOMES AND HEALTH RESOURCE UTILIZATION IN INFLAMMATORY ARTHRITIS, PSORIASIS AND INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN HUNGARY (VALUE)

Molnár T.¹, Palatka K.², Kemény L.³, Gyulai R.⁴, Keszthelyi P.⁵, Pálincás L.⁶, Nagy O.⁶, Rojkovich B.⁷, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Hungary¹, 2nd Department of Internal Medicine of University of Debrecen, Hungary², Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged, Hungary³, Department of Dermatology, Venereology and Oncodermatology, University of Pécs, Hungary⁴, Pándy Kálmán Hospital, Gyula, Hungary⁵, Abbvie Kft, Budapest, Hungary⁶, Buda Hospital of the Hospitaller Order of Saint John of God, Hungary⁷

17.50 HÁROM PONTOS BIOPSZIA ÉRTÉKE COLITIS ULCEROSÁBAN

Nagy F.¹, Tiszlavicz L.¹, Kővári B.¹, Földesi I.², Siska A.², Nyári T.³, Molnár T., Szepes Z., Farkas K., Bálint A., I.sz. Belgyógyászati Klinika, Patológiai Intézet¹, Laboratóriumi Medicina Intézet², Orvosi Fizikai és Orvosi Informatikai Intézet³ Szeged

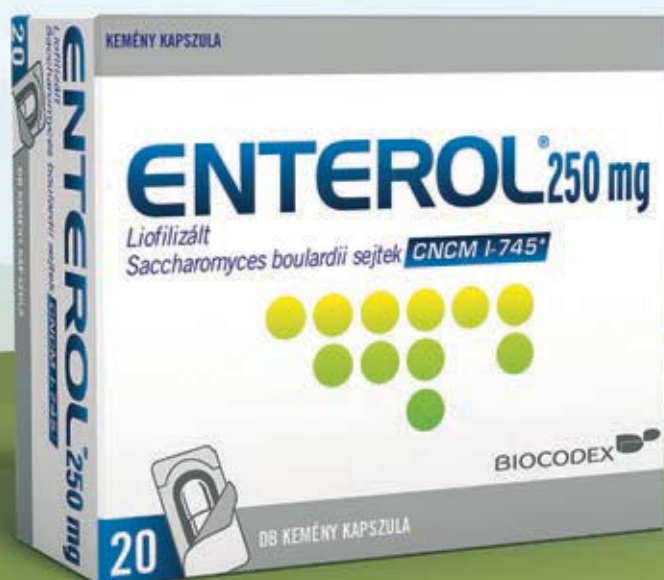
ENTEROL[®] 250 mg

Liofilizált

Saccharomyces boulardii sejtek **CNCM I-745[®]**

Visszaállítja a bélflóra békéjét

Antibiotikummal egy időben bevehető probiotikum



TERÁPIÁS JAVALLATOK

- Felnőttek és gyermekek heveny hasmenésének kiegészítő kezelésére.
- Kiegészítő kezelésként a bélflóra egyensúlyának helyreállítására antibiotikum-kezelés mellett.
- Utazással összefüggő hasmenés megelőző kezelésére.
- Kiegészítő kezelésként irritábilis bél szindróma (IBS) esetén.

Vény nélkül
kapható gyógyszer

enterolprobiotikum.hu

BIOCODEX

A&D Pharma
marketing & sales

ADPH Kft.
1092 Budapest, Ráday u. 58.
Telefon: +36 1 354 1840

RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS

GYÓGYSZER MEGNEVEZÉSE: Enterol 250 mg kemény kapszula

MINŐSÉGI ÉS MENNYISÉGI ÖSSZETÉTEL: 250 mg liofilizált Saccharomyces boulardii CNCM I-745 sejtek kapszulánként.

Terápiás javallatok: Felnőttek és gyermekek heveny hasmenésének kiegészítő kezelése. Kiegészítő kezelésként a bélflóra egyensúlyának helyreállítására antibiotikum-kezelés mellett. Utazással összefüggő hasmenés megelőző kezelése. Kiegészítő kezelésként irritábilis bél szindróma (IBS) esetén. Adagolás és alkalmazás: Szokásos adagja: Gyermekek és felnőttek (az adagolás felnőtt- és gyermekkorban azonos). Akut hasmenésben (diarhoe) naponta 1-2-szer 1 kapszula. Felnőtteknek: IBS esetén: 2 kapszula naponta, utazással összefüggő hasmenés megelőzése és kezelése esetén: 1-4 kapszula naponta. A kezelést 5 nappal az utazást megelőzően kell megkezdni, és az utazás teljes időtartama alatt folytatni kell. A kezelést a hasmenés megszűnését követően még néhány napig folytatni kell. A kapszulát kevés vízzel kell lenyelni, vagy kinyitni és tartalmát beleönteni kevés édesített italba vagy ételbe. 6 év alatti gyermekek esetében: a kapszulát fel kell nyitni, és tartalmát italba vagy ételbe kell önteni. Gyermekek számára megfelelőbb a tasakos forma alkalmazása. Ellenjavallatok: A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Centrális vénás katéterrel ellátott betegek, súlyos, hospitalizált betegek, immunhiányos állapotok (lásd 4.4.). Terhesség és szoptatás: A liofilizált Saccharomyces boulardii CNCM I-745 sejtekkel kapcsolatban nincsenek terhelességre vonatkozó klinikai adatok. Adatok hiányában a készítmény alkalmazása szoptatás időszakában nem javasolt. Nemkívánatos hatások, mellékhatások: 1%-nál gyakrabban előfordult mellékhatása nincs. Osztályozás: I.csoport. Orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszer (VN).

A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY JOGOSULTJA: BIOCODEX 7, avenue Galliéni 94250 Gentilly, Franciaország. A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY SZÁMA(I): OGYI-T-9659/02 (10 db) OGYI-T, 9659/04 (20 db bliszterben). A SZÖVEG ELLENŐRZÉSÉNEK DÁTUMA: 2017. február 10.

2018. június 3. Vasárnap
3 June, Sunday
14.00 – 15.40

Ibiza terem
Ibiza Hall

MOTILITÁS / MOTILITY **ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS**

Üléselnökök/Chair:

Czimmer József, Pécs

Rosztóczy András, Szeged

14.00 REFLUX RELATED SYMPTOMS ARE LESS COMMON IN SOUTH-EAST HUNGARIANS, THAN IN SUBJECTS OF THE WESTERN COUNTRIES

Helle K.¹, Bálint L.¹, Ollé G.¹, Róka R.¹, Inczei O.¹, Vadász K.¹, Wittmann T.¹, Szekeres L.², Rosztóczy A.¹, SZTE I. Belgyógyászati Klinika¹, Hungarian National Blood Transfusion Service, Szeged, Hungary²

14.09 GERD: DIAGNOSTIC PARALLELS OF EXPRESS-ESOPHAGO-GASTRO-PH-MONITORING

Chernobroviy V.¹, Melaschenko S.², Ksenchyn O.³, Chernobrova O.⁴, Department of internal and family medicine.National Pirogov Memorial Medical University,Vinnytsya, Ukraine.¹,Department of internal and family medicine.National Pirogov Memorial Medical University,Vinnytsya, Ukraine.²,Department of internal and family medicine.National Pirogov Memorial Medical University,Vinnytsya, Ukraine.³,Endocrine Center⁴

14.18 A NYELŐCSŐMANOMETRIA SZEREPE AZ ANTIREFLUX MŰTÉT INDIKÁCIÓJÁNAK MÉRLEGEZÉSÉBEN

Osorai L.¹, Kovács B.², Juhász Á.², Patai Á.¹, Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Gastroenterológiai és Belgyógyászati Osztály, Szombathely¹,Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Általános-, Ér- és Plasztikai Sebészeti Osztály²,Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Általános-, Ér- és Plasztikai Sebészeti Osztály³,Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Gastroenterológiai és Belgyógyászati Osztály⁴

14.27 NEITHER THE PRESENCE, NOR THE DEGREE OF INEFFECTIVE PERISTALSIS ALONE DOES NOT PREDICT THE OUTCOME OF LAPAROSCOPIC NISSEN'S FUNDOPLICATION IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE.

Ollé G.¹, Inczei O.¹, Róka R.¹, Bálint L.¹, Paszt A.², Lázár G.², Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹,Department of Surgery, University of Szeged, Hungary²

14.36 ZENKER DIVERTICULUMOK TRANSCERVICALIS ÉS TRANSORALIS SEBÉSZI KEZELÉSE: ÖSSZEHASONLÍTÓ, RÖVID ÉS HOSSZÚ TÁVÚ EREDMÉNYEK

Andrási L.¹, Paszt A.¹, Simonka Z.¹, Ábrahám S.¹, Rosztóczy A.², Rovó L.³, Lázár G.¹, Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sebészeti Klinika¹,Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, I. sz. Belgyógyászati Klinika²,Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika³

Üléselnökök/Chair:

Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

Róka Richárd, Szeged

14.45 CHANGES IN PROSTACYCLIN CONCENTRATION IN BLOOD SERUM OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE ON THE BACKGROUND OF TYPE II DIABETES

Szircsák E.¹, Kurcsák N.¹, Sztán M.¹, Ungvári Nemzeti Egyetem, Általános Orvosi kar, Belgyógyászat Alapjai tanszék, Ungvár, Ukrajna¹

14.54 REGIONALLY DISTINCT ALTERATIONS IN THE COMPOSITION OF THE LUMINAL AND THE MUCOSA-ASSOCIATED MICROBIOTA IN A TYPE 1 DIABETIC AND A CHRONIC ALCOHOL-TREATED RAT MODEL

Bagyánszki M.¹, Wirth R.², Maróti G.³, Chandrakumar L.¹, Szalai Z.¹, Bódi N.¹, Mezei D.¹, Kovács K.⁴, Department of Physiology, Anatomy and Neuroscience, University of Szeged, Szeged¹, Department of Biotechnology, University of Szeged, Szeged², Biological Research Centre, Hungarian Academy of Sciences, Szeged³, Faculty of Dentistry, University of Szeged, Szeged⁴

15.03 ÉTKEZÉSKOR JELENTKEZŐ EPIGASTRIÁLIS FÁJDALOM: EPS? PDS?

Helle K.¹, Ollé G.¹, Inczei O.¹, Bálint L.¹, Róka R.¹, Vadász K.¹, Rosztóczy A.¹, SZTE I. Belgyógyászati Klinika¹

15.12 COMPARISON OF LACTOSE TOLERANCE TEST AND LACTOSE INTOLERANCE TEST WITH COMBINED METHOD IN MEASUREMENT OF LACTOSE MALDIGESTION AND INTOLERANCE. THE ROLE OF SMALL INTESTINAL BACTERIAL OVERGROWTH IN THE FALS POSTIVE DIAGNOSIS.

Ystad B.¹, Varjú P.², Gede N.², Czimmer J.¹, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, HUNGARY¹, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, HUNGARY²

15.21 LACTOSE INTOLERANCE IS MORE FREQUENT AMONG PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME, COMPARED TO HEALTHY CONTROLS, HOWEVER LACTOSE MALDIGESTION HAS SIMILAR PREVALENCE IN BOTH GROUPS: A META-ANALYSIS OF CLINICAL STUDIES.

Varjú P.², Gede N.², Hegyi P.², Czimmer J.¹, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, HUNGARY¹, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, HUNGARY²

2018. június 3. vasárnap
3 June, Saturday
15.30 – 16.50

Ibiza terem
Ibiza Hall

TÁPLÁLKOZÁS-TUDOMÁNY ÉS DIETETIKA / NUTRITION AND DIETETICS **ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS**

Üléselnökök/Chair:

Bajor Judit, Pécs

Sahin Péter, Város

Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

15.30 HASONLÓSÁGOK ÉS KÜLÖNBSEGEK A TÁPLÁLÉK-ALLERGIA ÉS TÁPLÁLÉK-INTOLERANCIA VISZONYLATÁBAN

Hidvégi E.¹, Országos Korányi Pulmonológiai Intézet¹

15.45 A PROBIOTIKUMOK SZEREPE A MUKOZÁLIS BARRIER INTEGRITÁSÁNAK FENNTARTÁSÁBAN RESTITUCIOJÁBAN

Pelle Judit

16.00 TÁPLÁLÁSTERÁPIA GASTROENTEROLÓGIAI OSZTÁLYUNKON

Balla E.¹, Csefkó K.¹, Csintalan Z.¹, Gaál A.¹, Pepa K.¹, Zádori-Born A.¹, Varga M.¹, Gasztroenterológia-4. Belgyógyászat, BMKK, Dr. Réthy Pál Tagkórház, Békéscsaba¹

16.10 THE RESEARCH OF THE ROMA CHILDREN'S QUALITY OF LIFE

Czeplédiné Asztalos Á.¹, Figler M.¹, Szekeresné dr. Szabó S.¹, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Táplálkozástudományi és Dietetikai Intézet¹

16.20 CHALLENGES OF CARING FOR CELIAC PATIENTS FROM THE PERSPECTIVE OF A DIETITIAN – CASE REPORT

Dakó E.¹, Dakó S.², Pálfi E.³, Semmelweis University, Doctoral School of Pathological Sciences, Health sciences program¹, Semmelweis University, 2nd Department of Internal Medicine², Semmelweis University, Faculty of Health Sciences, Institute of Applied Health Sciences, Department of Dietetics and Nutrition Sciences³

16.30 COMPOSITION OF THE MICROBIOME IN PATIENTS WITH SHORT BOWEL SYNDROME

Illés D.¹, Zsilák-Urbán M.¹, Krizsán D.², Lada S.¹, Schwab R.², Czakó L.¹, SZTE ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika¹

16.40 OKOSTÁNYÉR® (SMART PLATE) FOR 6-17 Y CHILDREN – HEALTHY EATING IN THE SCHOOL YEARS

Szűcs Z.¹, Hungarian Dietetic Association, Budapest¹

FAMOTIDIN A TEVA-TÓL!

MOTIDIN

FAMOTIDIN
20 MG FILMTABLETTA
40 MG FILMTABLETTA

TEVA

LÉPJEN ÁT A PPI TERÁPIÁRÓL!*



STEP DOWN*

Rövidített alkalmazási előírás

Motidin 20 mg filmtabletta / Motidin 40 mg filmtabletta

Hatóanyag: 20 és 40 mg famotidint tartalmaz filmtablettaként. **Javallatok:** Gyomor- és nyombélfekély kezelése, megelőzése; gastro-oesophagealis reflux betegség (GORD) kezelése; egyéb, gyomorsav-túlermeléssel járó betegségek (pl. Zollinger-Ellison szindróma) kezelése; általános anaesthesia esetén a savaspiráció (Mendelson szindróma) megelőzése. **Adagolás és alkalmazás:** Egészen, szétrágás nélkül, egy pohár vízzel kell bevenni. A gyógyszer étkezéstől függetlenül bevehető. **Felnőttek - Nyombélfekély kezelése:** naponta 1-szer 40 mg este, lefekvéskor; vagy naponta 2-szer 20 mg reggel és este. A kezelés időtartama általában 4-8 hét. **Gyomorfekély kezelése:** naponta 1-szer 40 mg este, lefekvéskor. A kezelés időtartama általában 4-8 hét. **Fekély megelőzése:** naponta 1-szer 20 mg este, lefekvéskor. **Gastro-oesophagealis reflux:** naponta 2-szer 20 mg (reggel és este) 6 hétig, ha oesophagitis is fennáll, akkor naponta 20-40 mg, 12 héten át. **Zollinger-Ellison szindróma:** az adagolást egyénileg, a beteg klinikai állapotától függően kell meghatározni. Szokásos kezdő adag általában 6 óránként 20 mg. Az adagolást addig kell folytatni, amíg klinikailag indokolt. **Általános anaesthesia esetén savaspiráció megelőzése:** 40 mg a műtétet megelőző este és/vagy a műtét napján reggel. **Ellenjavallt** gyermekek esetében. A különleges betegcsoportokkal kapcsolatban bővebb

információt az alkalmazási előírás tartalmaz. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Terhesség. Szoptatás. Gyermekek (megfelelő tapasztalatok hiányában). **Legfontosabb mellékhatások:** fejfájás, szédülés, székrekedés, hasmenés. **A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** Teva Gyógyszergyár Zrt., 4042 Debrecen, Pallagi út 13. **Az utolsó jóváhagyott alkalmazási előírás dátuma:** 2016.07.16. **Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!**

	Bruttó fogy. ár	Norm. tám. kat. (%)	Norm. tám. össz.	Térítési díj norm. tám. esetén	Közfgyógy
Motidin 20 mg filmtabletta 28x	609 Ft	55%	335 Ft	274 Ft	Igen
Motidin 40 mg filmtabletta 28x	963 Ft	55%	530 Ft	433 Ft	Igen

Forrás: www.oep.hu, 2018. április 1-től érvényes árak

* Freedberg DE, Kim LS, Yang YX. The risks and benefits of long-term use of proton pump inhibitors: expert review and best practice advice from the American Gastroenterological Association. *Gastroenterology* 2017; 152: 706-715.

TEVA Gyógyszergyár Zrt.

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

A dokumentum lezárásának dátuma:

2018.04.05.
HU/MOT/18/0002

2018. június 3. vasárnap
3 June, Saturday
17.00-18.00

Ibiza terem
Ibiza Hall

ONKOLÓGIA / ONCOLOGY ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS

Üléselnök / Chair:

Schwab Richárd, Budapest

Tihanyi Balázs, Budapest

- 17.00 PRECISION ONCOLOGY IN THE TREATMENT OF GASTROINTESTINAL CANCERS**
Pálházi B.¹, Kovácsné Fábán O.¹, Várkondi E.¹, Déri J.¹, Mathiász D.¹, Hegedüs C.¹, Schwab R.¹, Vályi-Nagy I.², Peták I.¹, Oncompass Medicine Hungary – Budapest, Hungary¹, South-Pest Centrum Hospital, National Hematology and Infectious Diseases' Institute – Budapest, Hungary²
- 17.07 REALTIME ONCOLOGY CALCULATOR: CASE REPORT USING A COMPREHENSIVE PRECISION ONCOLOGY DECISION SUPPORT SYSTEM**
Kanta E.¹, Kocsis É.¹, Várkondi E.¹, Rácz A.¹, Szuszán M.¹, Mathiász D.¹, Hegedüs C.¹, Schwab R.¹, Vályi-Nagy I.², Peták I.¹, Oncompass Medicine Hungary – Budapest, Hungary¹, South-Pest Centrum Hospital, National Hematology and Infectious Diseases' Institute – Budapest, Hungary²
- 17.14 CLAUDIN- ÉS MICRORNS-EXPRESSZIÓ VÁLTOZÁSAI UGYANAZON BETEGEK PRIMER ÉS METASTATICUS COLORECTALIS DAGANATAIBAN**
Karczub J.¹, Kontsek E.¹, Gyöngyösi B.¹, Krámer Z.¹, Lendvai G.¹, Schaff Z.¹, Kiss A.¹, Semmelweis Egyetem II.sz. Patológiai Intézet, Budapest¹
- 17.21 ROLE OF PRECISION MEDICINE IN CHOLANGIOCELLULAR CARCINOMA**
Déri J.¹, Hegedüs C.¹, Várkondi E.¹, Tihanyi D.¹, Lengyel C.¹, Mathiasz D.¹, Schwab R.¹, Vályi-Nagy I.², Peták I.¹, Oncompass Medicine Hungary – Budapest, Hungary¹, South-Pest Centrum Hospital, National Hematology and Infectious Diseases' Institute – Budapest, Hungary²
- 17.28 BEVACIZUMAB IN THE FIRST-LINE TREATMENT OF METASTATIC LEFT-SIDED COLON CANCER: DOES IT INFLUENCE PATIENTS' OUTCOME?**
Harisi R.¹, Dél-pesti Centrumkórház – OHII Onkológiai osztály¹
- 17.35 DECORIN DELIVERY HINDERS PRIMARY AND METASTATIC TUMOR FORMATION IN THE LIVER**
Reszegi A.¹, Horváth Z.¹, Fehér H.¹, Regős E.¹, Karászi K.¹, Postniková V.¹, Kovalszky I.¹, Baghy K.¹, Semmelweis Egyetem I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest¹
- 17.42 COMMUNICATION BETWEEN HEPATOMA CELL LINES AND THE IMMORTALIZED MYOFIBROBLAST LX-2 IN COCULTURE**
Rada K.¹, Kovalszky I.¹, Regős E.¹, Kiss K.¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research¹
- 17.49 HISTOLOGICAL AND INCIDENCE TRENDS OF ESOPHAGEAL CANCER IN A 26-YEAR PERIOD-A RETROSPECTIVE CASE-CONTROL STUDY**
Tinus B.¹, Paládi B.¹, Szapáry L.¹, Papp A.², Bognár L.², Vincze Á.³, Bellyei S.⁴, Hegedüs I.⁵, Bogner B.⁵, Hegyi P.¹, Erőss B.¹, University of Pécs, Medical School, Centre for Translational Medicine¹, University of Pécs, Medical School, Surgery Clinic², University of Pécs, Medical School, 1st Department of Internal Medicine³, University of Pécs, Medical School, Department of Oncotherapy⁴, University of Pécs, Medical School, Department of Pathology⁵

2018. június 3. Vasárnap
3 June, Sunday
14.00 – 18.00

Marbella terem
Marbella Hall

PANKREÁSZ / PANCREAS
ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS

14:00 MAGYAR HASNYÁLMIRIGY MUNKACSOPORT: UPDATE 2018
Hegyi P., Pécs

I. META-ANALÍZISEK

Üléselnökök/Chair:

Rakonczay Zoltán, Szeged

Papp Mária, Debrecen

14:10 BODY-MASS INDEX CORRELATES WITH SEVERITY AND MORTALITY IN ACUTE PANCREATITIS: A META-ANALYSIS

Dobszai D.¹, Mátrai P.¹, Gyöngyi Z.², Matuz M.³, Csupor D.⁴, Bajor J.⁵, Erőss B.¹, Mikó A.¹, Szakó L.¹, Meczker Á.¹, Hágendorn R.⁵, Márta K.¹, Szentesi A.^{1,6}, Hegyi P.^{1,6,7,8}, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Department of Public Health Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary², Department of Clinical Pharmacy, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Department of Pharmacognosy, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴, Division of Gastroenterology, First Department of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁵, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary⁶, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁷, Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary⁸

14:18 THE EFFECT OF SERUM TRIGLYCERIDE CONCENTRATION ON THE COURSE OF ACUTE PANCREATITIS: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Kiss L.¹, Fűr G.¹, Mátrai P.², Hegyi P.^{2,3}, Ivány E.³, Cazacu I.², Szabó I.⁴, Habon T.⁵, Alizadeh H.⁶, Gyöngyi Z.⁷, Vigh É.⁸, Erőss B.², Erős A.², Ottóffy M.², Czakó L.³, Rakonczay Z.¹, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary², First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Department of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Department of Cardiology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁵, Department of Haematology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁶, Department of Public Health Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁷, Department of Radiology, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁸

14:26 OPPOSITE EFFECTS OF YOUNGER AND OLDER AGES ON SEVERITY AND MORTALITY IN ACUTE PANCREATITIS. A META-ANALYSIS BASED ON 191 678 PATIENTS

Márta K.¹, Lazarescu A.², Farkas N.^{1,3}, Cazacu I.⁴, Ottóffy M.¹, Hegyi P.^{1,5,6,7}, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Second Clinic of Pediatrics, County Emergency Clinical Hospital of Timisoara, Timisoara, Romania², Institute of Bioanalysis, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Research Center of Gastroenterology and Hepatology, Craiova, Romania⁴, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary⁵, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁶, Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary⁷

14:34 PRE-EXISTING DIABETES ELEVATES RISK OF RENAL FAILURE AND LOCAL COMPLICATIONS IN ACUTE PANCREATITIS

Mikó A.¹, Farkas N.^{1,2}, Hegyi P.^{1,3}, Czakó L.³, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Institute of Bioanalysis, University of Pécs, Pécs, Hungary², 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary³

14:42 ENDOSCOPIC INTERVENTION FOR PANCREATIC FLUID COLLECTIONS HAS BETTER OUTCOMES THAN PERCUTANEOUS OR SURGICAL DRAINAGE- A META-ANALYSIS

Szakó L.¹, Mátrai P.^{1,2}, Hegyi P.^{1,3}, Erőss B.¹, Szakács Z.¹, Márta K.¹, Pécsi D.¹, Vincze Á.⁴, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Institute of Bioanalysis, University of Pécs, Pécs, Hungary², Department of Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Department of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴

II. REGISZTERELEMZÉSEK

Üléselnökök/Chair:

Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

Pap Ákos, Budapest

14:50 METABOLIC SYNDROME ELEVATES THE RISK FOR MORTALITY AND SEVERITY IN ACUTE PANCREATITIS

Szentesi A.^{1,2}, Párniczky A.^{1,3}, Vincze Á.⁴, Bajor J.⁴, Gódi S.⁵, Sarlós P.⁴, Gede N.¹, Izbéki F.⁶, Halász A.⁶, Márta K.¹, Dobszai D.¹, Török I.⁷, Papp M.⁸, Varga M.⁹, Hamvas J.¹⁰, Illés D.², Kui B.², Czakó L.², Takács T.², Hegyi P.^{1,2,5,11}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, University of Pécs, Institute for Translational Medicine, Pécs, Hungary¹, University of Szeged, First Department of Medicine, Szeged, Hungary², Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary³, University of Pécs, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Pécs, Hungary⁴, University of Pécs, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, Pécs, Hungary⁵, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary⁶, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania⁷, University of Debrecen, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, Debrecen, Hungary⁸, Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary⁹, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary¹⁰, Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary¹¹

14:58 CHARLSON COMORBIDITY INDEX IS AN EXCELLENT PREDICTOR OF OUTCOMES IN ACUTE PANCREATITIS

Szakács Z.¹, Pécsi D.¹, Izbéki F.², Papp M.³, Kovács G.³, Farkas H.⁴, Gede N.¹, Kui B.⁵, Szabó I.⁶, Galeev S.⁷, Gervain J.², Takács T.⁵, Sarlós P.⁶, Gódi S.⁶, Varga M.⁸, Hamvas J.⁹, Vincze Á.⁶, Szentesi A.^{1,5}, Párniczky A.^{1,10}, Hegyi P.^{1,5,11,12}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary², Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary³, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania⁴, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary⁵, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁶, Saint Luke Clinical Hospital, St. Petersburg, Russia⁷, Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary⁸, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary⁹, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary¹⁰, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹¹, Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary¹²

15:06 PREDICTIVE NATURE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PAIN ON ADMISSION IN ACUTE PANCREATITIS

Földi M.¹, Bajor J.², Vincze Á.², Gede N.³, Török I.⁴, Varjú P.³, Crai S.⁵, Novák J.⁵, Szabó I.², Ramirez Maldonado E.⁶, Sümegi J.⁷, Fehér E.⁸, Vitális Z.⁸, Gajdán L.⁹, Izbéki F.⁹, Szepes Z.¹, Hamvas J.¹⁰, Szentesi A.^{1,3}, Párniczky A.^{3,11}, Hegyi P.^{1,3,12,13}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Division of Gastroenterology,

First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary², Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania⁴, Pándy Kálmán Hospital of Békés County, Gyula, Hungary⁵, General Surgery, Consorci Sanitari del Garrof, Sant Pere de Ribes, Spain⁶, Borsod-Abaúj-Zemplén County Hospital and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary⁷, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁸, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary⁹, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary¹⁰, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary¹¹, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹², Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary¹³

15:14 **ALCOHOL CONSUMPTION AND SMOKING SYNERGIZE WITH EACH OTHER AND INCREASE THE RISK OF LOCAL COMPLICATIONS IN ACUTE PANCREATITIS**

Gyömbér Z.¹, Vincze Á.², Izbéki F.³, Hamvas J.⁴, Varga M.⁵, Gódi S.⁶, Gede N.⁷, Pécsi D.⁷, Sallinen V.⁸, Macarie M.⁹, Török I.⁹, Góg C.¹⁰, Szentkereszt Z.¹¹, Németh B. C.¹, Szepes Z.¹, Takács T.¹, Szentesi A.^{1,7}, Párniczky A.^{7,12}, Hegyi P.^{1,6,7,13}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary², Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary³, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary⁴, Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary⁵, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁶, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁷, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland⁸, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania⁹, Healthcare Center of County Csongrád, Makó, Hungary¹⁰, Institute of Surgery, University of Debrecen, Debrecen, Hungary¹¹, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary¹², Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary¹³

15:22 **DIAGNOSTIC CRITERIA FOR ACUTE PANCREATITIS SHOULD BE RECONSIDERED IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS**

Kárász K.¹, Erőss B.¹, Mátrai P.¹, Márta K.¹, Pécsi D.¹, Papp M.², Fehér E.², Illés D.³, Darvasi E.³, Szepes Z.³, Takács T.³, Czimmer J.⁴, Sarlós P.⁴, Hamvas J.⁵, Gajdán L.⁶, Izbéki F.⁶, Vincze Á.⁴, Szentesi A.^{1,3}, Párniczky A.^{1,7}, Hegyi P.^{1,3,8,9}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary², First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary⁵, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary⁶, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary⁷, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁸, Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary⁹

15:30 **PREDICTIVE BIOMARKERS OF PANCREATIC NECROSIS IN ACUTE PANCREATITIS**

Kiss S.¹, Izbéki F.², Halász A.², Varga M.³, Vincze Á.⁴, Gódi S.⁵, Bajor J.⁴, Hágendorn R.⁴, Czimmer J.⁴, Mátrai P.⁶, Varjú P.⁶, Hamvas J.⁷, Crai S.⁸, Mickevicius A.⁹, Patai Á.¹⁰, Ihász M.¹⁰, Takács T.¹, Szentesi A.^{1,6}, Párniczky A.^{6,11}, Hegyi P.^{1,5,6,12}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary², Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary³, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁵, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁶, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary⁷, Pándy Kálmán Hospital of Békés County, Gyula, Hungary⁸, Vilnius University Hospital Santariskiu Klinikos, Vilnius, Lithuania⁹, Markusovszky University Teaching Hospital, Szombathely, Hungary¹⁰, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary¹¹, Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary¹²

15:38 **ALTERED LEVEL OF CONSCIOUSNESS DETERIORATES THE SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS**

Mikó A.¹, Vincze Á.², Illés A.², Sarlós P.², Izbéki F.³, Gervain J.³, Farkas N.^{1,4}, Gódi S.⁵, Illés D.⁶, Varjú P.¹, Márta K.¹, Török I.⁷, Vitális Z.⁸, Bod B.⁹, Hamvas J.¹⁰, Szepes Z.⁶, Takács T.⁶, Szentesi A.^{1,6}, Párniczky A.^{1,11}, Hegyi P.^{1,5,6,12}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary², Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary³, Institute of Bioanalysis, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁵, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary⁶, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania⁷, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁸, Dr. Bugyi István Hospital, Szentés, Hungary⁹, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary¹⁰, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary¹¹, Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary¹²

15:46 **PROCALCITONIN, SHOULD BE USED AS BIOMARKER TO INDICATE ANTIBIOTIC THERAPY IN THE EARLY PHASE OF ACUTE PANCREATITIS.**

Párniczky A.^{1,2}, Lantos T.³, Vincze Á.⁴, Bajor J.⁴, Sarlós P.⁴, Gódi S.⁵, Hágendorn R.⁴, Izbéki F.⁶, Szepes Z.⁷, Czakó L.⁷, Takács T.⁷, Novák J.⁸, Papp M.⁹, Vitális Z.⁹, Hamvas J.¹⁰, Török I.¹¹, Márta K.¹, Erőss B.¹, Szentesi A.^{1,7}, Hegyi P.^{1,5,7,12}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary², Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁵, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary⁶, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary⁷, Pándy Kálmán Hospital of Békés County, Gyula, Hungary⁸, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁹, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary¹⁰, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania¹¹, Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary¹²

15:54 **THE FIRST DEFINITION FOR EARLY CHRONIC PANCREATITIS**

Hegyi P.¹, Erőss B.¹, Mátrai P.¹, Hamvas J.², Pécsi D.¹, Németh B. C.³, Szepes Z.³, Illés A.⁴, Bajor J.⁴, Kovács G.⁵, Macarie M.⁶, Tüzün Ince A.⁷, Attila S.⁸, Varga M.⁹, Halász A.¹⁰, Izbéki F.¹⁰, Vincze Á.⁴, Szentesi A.^{1,3}, Párniczky A.^{1,11}, Hegyi P.^{1,3,12,13}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary², First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁵, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania⁶, Hospital of Bezmialem Vakif University, School of Medicine, Istanbul, Turkey⁷, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét, Hungary⁸, Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary⁹, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary¹⁰, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary¹¹, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹², Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary¹³

SZÜNET

III. KIHÍVÁSOK A PANCREATITIS ELLÁTÁSÁBAN

Üléselnökök/Chair:

Vincze Áron, Pécs

Szűcs Ákos, Budapest

16:20 LONG-TERM OUTCOME OF TRANSPAPILLARY PANCREATIC DRAINAGE IN A SINGLE CENTER LOW-VOLUME CASE SERIES

Bodnár Z.¹, Barati E.¹, Bereznai S.¹, Gerdán J.¹, Plósz J.¹, Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Belgyógyászati Osztály¹

16:28 CENTRALIZED CARE OF ACUTE PANCREATITIS SIGNIFICANTLY IMPROVES ITS OUTCOMES

Gódi S.¹, Erőss B.², Gyömbér Z.³, Szentesi A.^{2,3}, Farkas N.^{2,4}, Párniczky A.^{2,5}, Vincze Á.⁶, Sarlós P.⁶, Bajor J.⁶, Czimmer J.⁶, Mikó A.², Márta K.², Hágendorn R.⁶, Márton Z.⁷, Kelemen D.⁸, Papp R.⁸, Faluhelyi N.⁹, Molnár K.⁹, Farkas P.⁹, Verzár Z.¹⁰, Czákó L.³, Takács T.³, Szepes Z.³, Fenyő J.¹¹, Papp E.¹², Késői I.¹³, Marton B.¹⁴, Csizmadia C.¹⁵, Simon J.¹⁶, Salamon Á.¹⁷, Szabó É.¹⁸, Hegyi P.^{1,2,3,19}, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary², First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged³, Institute of Bioanalysis, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary⁵, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁶, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁷, Department of Surgery, University of Pécs, Pécs, Hungary⁸, Department of Radiology, University of Pécs, Pécs, Hungary⁹, Department of Emergency Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹⁰, Department of Emergency Medicine, St. Rókus Hospital, Baja, Hungary¹¹, Department of Internal Medicine, St. Lukács Hospital, Dombóvár, Hungary¹², Department of Internal Medicine, Komló General Hospital, Komló, Hungary¹³, Department of Emergency Medicine, Mohács General Hospital, Mohács, Hungary¹⁴, Department of Internal Medicine, Mohács General Hospital, Mohács, Hungary¹⁵, Department of Emergency Medicine, Balassa János County Hospital of Tolna¹⁶, Department of Internal Medicine, Balassa János County Hospital of Tolna¹⁷, Department of Internal Medicine, Szigetvár General Hospital, Szigetvár, Hungary¹⁸, Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary¹⁹

16:36 CLINICAL SIGNS OF SEVERITY AND THERAPEUTIC INTERVENTION IN PEDIATRIC ACUTE PANCREATITIS – PROSPECTIVE MULTICENTER NATION-WIDE COHORT

Lásztity N.¹, Mosztbacher D.², Tóth A.³, Demcsák A.³, Szentesi A.^{4,5}, Tokodi I.⁶, Vass I.⁷, Tészás A.⁷, Czelecz J.⁸, Tél B.², Kaán K.², Juhász F.², Veres G.², Guthy I.⁹, Tomsits E.¹⁰, Gárdos L.¹¹, Hegyi P.^{4,5,12,13}, Párniczky A.^{1,4}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary¹, First Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Department of Pediatrics, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary⁵, Department of Pediatrics, St. George Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary⁶, Department of Pediatrics, University of Pécs, Pécs, Hungary⁷, Bethesda Children's Hospital, Budapest, Hungary⁸, Szabolcs-Szatmár-Bereg County Hospitals, Jósa András University Teaching Hospital, Nyíregyháza, Hungary⁹, 2nd Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹⁰, Department of Pediatrics, Zala County Hospital, Zalaegerszeg, Hungary¹¹, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹², Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary¹³

16:44 5-ASA INDUCES MILD ACUTE PANCREATITIS: A CASE REPORT

Erőss B.¹, Meczker Á.¹, Mikó A.², Hegyi P.³, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary¹, Department of Translational Medicine, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary², Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary³

16:52 ALL-IN. PARTURITION, BIRTH, MRCP AND CHOLECYSTECTOMY IN THE EARLY PHASE OF BILIARY PANCREATITIS IN A 36 WEEKS PREGNANT WOMAN: A CASE REPORT.

Gajdán L.¹, Sárkány Á.², Márta K.¹, Altorjay Á.³, Kellner V.⁴, Kiss E.⁵, Bálint G.², Hegyi P.¹, Izbéki F.¹, Centre for Translational Medicine, University of Pécs – Szent György Teaching Hospital of County Fejér¹, Division of Central Anaesthesiology and Intensive Care Unit, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár², Division of Surgery, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár³, Synlab Laboratory Székesfehérvár, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár⁴, Division of Radiology, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár⁵

Üléselnökök/Chair:

Lásztity Natália, Budapest

Czakó László, Szeged

GENETIKAI VIZSGÁLATOK

17:00 THE COMMON TRUNCATION VARIANT P.W358X OF THE PNLIIPRP2 LIPASE IS NOT ASSOCIATED WITH CHRONIC PANCREATITIS

Pesei Z.¹, Németh B. C.¹, Hegyi E.⁵, Szentesi A.², Vincze Á.³, Kelemen D.⁴, Hegyi P.², Sahin-Tóth M.⁵, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Translational Medicine, University of Pécs, Hungary², First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Department of Surgery, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Boston University Medical Campus, Boston, MA, USA⁵

17:08 NOVEL CHYMOTRYPSIN C (CTRC) VARIANT C.173C>T (P.T58M) IN A CASE OF LATE ONSET RECURRENT ACUTE PANCREATITIS

Németh B. C.¹, Takács T.¹, Hegyi P.², Sahin-Tóth M.³, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary², Boston University Medical Campus, Boston, MA, USA³

KLINIKAI VIZSGÁLATOK (UPDATE)

17:16 EARLY ACHIEVABLE SEVERITY (EASY) INDEX FOR SIMPLE AND ACCURATE EXPEDITE RISK STRATIFICATION IN ACUTE PANCREATITIS

Kui B.¹, Németh B. C.¹, Szentesi A.^{1,2}, Molnár T.², Illés D.¹, Gódi S.³, Vincze Á.⁴, Bajor J.⁴, Sarlós P.⁴, Czimmer J.⁴, Pár G.⁴, Papp M.⁵, Kovács G.⁵, Fehér E.⁵, Török I.⁶, Macaria M.⁶, Farkas H.⁶, Mickevicius A.⁷, Sallinen V.⁸, Maldonado E.⁹, Shamil G.¹⁰, Pencik P.¹¹, Ozola-Zalite I.¹², Pukitis A.¹², Litvin A.¹³, Kovalskaya I.¹⁴, Zadorozhna K.¹⁴, Hritz I.¹⁵, Capurso G.¹⁶, Patai Á.¹⁷, Ihász M.¹⁷, Tüzün Ince A.¹⁸, Hegyi P.^{1,2,3,19}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary², Division of Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Department of Internal Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁵, Mures County Emergency Hospital, Department of Gastroenterology, Targu Mures, Romania⁶, Vilnius University Hospital Santariskiu Klinikos, Center of Hepatology, Gastroenterology and Dietetics, Vilnius, Lithuania⁷, Hospital of Helsinki University Central Hospital, Department of Abdominal Surgery, Helsinki, Finland⁸, Consorci Sanitori del Garraf, Sant Pere de Ribes, Department of General Surgery, Sant Pere de Ribes, Spain⁹, Saint-Luke Clinical Hospital, Saint-Petersburg, Department of Digestive Surgery, Saint-Petersburg, Russian Federation¹⁰, Vitkovicka Nemocnice A. S., Centrum Pece O Zazivaci Trakt, Ostrava, Czech Republic¹¹, Pauls Stradins Clinical University Hospital, Riga, Department of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Riga, Latvia¹², Gomel Regional Clinical Hospital, Department of Surgery, Gomel, Belarus¹³, Bohomolets National Medical University, General Surgery, Kiev, Ukraine¹⁴, 1st Department of Surgery, Center for Therapeutic Endoscopy, Budapest, Hungary¹⁵, S. Andrea Hospital University "Sapienza", Digestive and Liver Disease Unit, Rome, Italy¹⁶, Markusovszky University Teaching Hospital, Department of Gastroenterology, Szombathely, Hungary¹⁷, Hospital of Bezmialem Vakif, University School of Medicine, Department of Internal

Medicine, Gastroenterology Clinic, Istanbul, Turkey¹⁸, Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary¹⁹

17:24 THE WAY FROM ABDOMINAL PAIN TO PEDIATRIC PANCREATITIS - THE PINEAPPLE STUDY

Mosztbacher D.¹, Párniczky A.^{2,3}, Tóth A.⁴, Demcsák A.⁴, Ila V.⁵, Abu-el Haija M.⁶, Szabó F.⁷, Tokodi I.⁸, Fehér B.⁹, Bakó K.⁹, Kadenczki O.⁹, Guthy I.¹⁰, Cazacu I.¹¹, Kaán K.¹, Horváth E.¹, Juhász M.¹, Tél B.¹, Erős A.¹, Mosdósi B.¹², Nagy A.¹², Bódi P.¹³, Kiss S.¹³, Földi M.¹³, Veres G.¹, Lásztity N.², Decsi T.¹², Szentesi A.^{3,14}, Hegyi P.^{3,14,15,16}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary², Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴, Dr. Kenessey Albert Hospital, Department of Pediatrics, Balassagyarmat, Hungary⁵, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Cincinnati, Ohio, USA⁶, Children's Hospital of Richmond at VCU, Richmond, Virginia, USA⁷, Department of Pediatrics, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary⁸, Department of Pediatrics, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁹, Department of Pediatrics, Jóna András Teaching Hospital of County Szabolcs-Szatmár-Bereg, Nyíregyháza, Hungary¹⁰, University of Medicine and Pharmacy Craiova, Romania¹¹, Department of Pediatrics, University of Pécs, Pécs, Hungary¹², Pándy Kálmán Hospital of County Békés¹³, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹⁴, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹⁵, Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary¹⁶

17:32 EXPLORE THE CHILDHOOD ONSET PANCREATITIS WITH THE SUPPORT OF APPLE (ANALYSIS OF PEDIATRIC PANCREATITIS) MULTICENTER, OBSERVATIONAL, CLINICAL TRIAL

Párniczky A.^{1,2}, Németh B. C.³, Mosztbacher D.^{1,4}, Tóth A.⁵, Lásztity N.², Demcsák A.⁵, Szentesi A.^{1,3}, Corina P.⁶, Tokodi I.⁷, Kadenczki O.⁸, Czelecz J.⁹, Andorka Cs.⁴, Kaán K.⁴, Horváth E.⁴, Juhász M.⁴, Veres G.⁴, Vass I.¹⁰, Guthy I.¹¹, Tomsits E.¹², Gárdos L.¹³, Ila V.¹⁴, Vörös K.¹⁵, Horváth E.¹⁶, Hegyi P.^{1,3,17,18}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary², First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary³, First Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴, Department of Pediatrics, University of Szeged, Szeged, Hungary⁵, Pediatrics Department, "Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania⁶, Department of Pediatrics, St. George Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary⁷, Department of Pediatrics, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁸, Bethesda Children's Hospital, Budapest, Hungary⁹, Department of Pediatrics, University of Pécs, Pécs, Hungary¹⁰, Szabolcs-Szatmár-Bereg County Hospitals, Jóna András University Teaching Hospital, Nyíregyháza, Hungary¹¹, Second Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹², Department of Pediatrics, Zala County Hospital, Zalaegerszeg, Hungary¹³, Department of Pediatrics, Dr. Kenessey Albert Hospital, Balassagyarmat, Hungary¹⁴, Semmelweis Hospital, Kiskunhalas, Hungary¹⁵, Department of Medical Genetics, University of Szeged, Szeged, Hungary¹⁶, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹⁷, Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary¹⁸

KLINIKAI VIZSGÁLATOK (ÚJ)

17:40 LIFESTYLE, PREVENTION AND RISK OF ACUTE PANCREATITIS, (LIFESPAN STUDY) PROSPECTIVE, MULTICENTRE AND MULTINATIONAL OBSERVATIONAL CASE-CONTROL STUDY

Erdősi D.¹, Darvasi E.², Koncz B.², Szentesi A.^{1,2}, Márta K.¹, Erőss B.¹, Hegyi Jr. P.¹, Gyöngyi Z.³, Girán J.³, Papp M.⁴, Vincze Á.⁵, Izbéki F.⁶, Török I.⁷, Hegyi P.^{1,2,8,9}, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, First Department of Medicine University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Public Health Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁴, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine University of Pécs, Pécs, Hungary⁵, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary⁶, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania⁷, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁸, Hungarian Academy of Sciences-University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary⁹

17:48 GOULASH PLUS: UNDERSTANDING THE DEVELOPMENT OF CHRONIC PANCREATITIS – TRANSLATIONAL RESEARCH

Mikó A.¹, Farkas N.², Erőss B.¹, Sarlós P.³, Márta K.¹, Papp M.⁴, Izbéki F.⁵, Czakó L.⁶, Novák J.⁷, Hegyi P.¹, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary¹, Institute of Bioanalysis, University of Pécs, Pécs, Hungary², Division of Gastroenterology, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁴, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary⁵, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary⁶, Pándy Kálmán Hospital of Békés County, Gyula, Hungary⁷

17:56 PANCREAS SEKCIÓ VEZETŐSÉGVÁLASZTÁS

Hegyi P., Pécs



Az ENTYVIOVAL kezdődött...

Az Entyvio közepes/súlyos aktivitású colitis ulcerosában szenvedő felnőtt betegek kezelésére javallott, akiknél hagyományos terápia vagy egy tumornekrózis-faktor-alfa (TNF α) gátlóval végzett kezelés mellett nem alakult ki megfelelő terápiás válasz, megszűnt a terápiás válasz vagy intolerancia állt fenn. Az Entyvio közepes/súlyos aktivitású Crohn-betegségben szenvedő felnőtt betegek kezelésére javallott, akiknél hagyományos terápia vagy egy tumornekrózis-faktor-alfa (TNF α) gátlóval végzett kezelés mellett nem alakult ki megfelelő terápiás válasz, megszűnt a terápiás válasz vagy intolerancia állt fenn.¹



Az Entyvio® felírásával Ön új fejezetet nyithat betege kezelésében. Az Entyvio az egyetlen bélszelektív biológiai kezelés colitis ulcerosa és Crohn-betegség kezelésére,¹⁻³ amely klinikailag igazolt hosszan tartó remissziót^{1,4-7} eredményez és biztonságossági profilja is kedvező.^{1,8}

Entyvio
vedolizumab

KEZDŐDJÖN A VÁLTOZÁS

Entyvio[▼] (EU/1/14/923/001)

300 mg vedolizumab injekciós üvegenként (feloldás után 60 mg/ml).

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

A hatályos „alkalmazási előírás” teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/) vagy az Európai Gyógyszerügynökség (www.ema.europa.eu) honlapokon.

Elérési útvonalak: www.ogyei.gov.hu; Információ: Gyógyszer-adatbázis; Gyógyszer neve (gyógyszercsalád keresés esetén: szabadszavas keresésben a termékbrand megadása és az ATC-kód mező kitöltése), a keresés indítása: www.ema.europa.eu; Find medicine; Human medicine; termék kezdőbetűjére való keresés/a lenyíló listában a termék brand kiválasztása/Product information fül megnyitása/Language: magyar/GO.

A forgalomba hozatali engedély jogosultjának helyi képviselője: Takeda Pharma Kft. 1138 Budapest, Népfürdő u. 22. Magyarország.

Az alkalmazási előírás utolsó jóváhagyásának dátuma: 2018. február 9.

Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a www.neak.gov.hu honlapon található információkat. Elérési útvonal:

http://neak.gov.hu/felso-menu/szakmai-oldalak/gyogyszer-segedeszkoz-gyogyfurdlo-tamogat-as/egeszsegugyi-valakozasokanak/pupha/Vegleges_PUPHA.html

▼ 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.

Irodalomjegyzék: 1. Entyvio (vedolizumab) alkalmazási előírás EU/1/14/923/001 2. Soler D, Chapman, T Yang LL, et al. The binding specificity and selective antagonism of vedolizumab, an anti- $\alpha_4\beta_7$ integrin therapeutic antibody in development for inflammatory bowel diseases. J Pharmacol Exp Ther. 2009;330(3):864–875. 3. Gilroy L & Allen PB. Is there a role for vedolizumab in the treatment of ulcerative colitis and Crohn's disease? Clin Exp Gastroenterol. 2014;7:163–172.

4. Feagan BG, Rutgeerts P, Sands BE, et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. N Engl J Med. 2013;369(8):699–710. 5. Feagan BG, Rubin DT, Danese S, et al. Efficacy of vedolizumab induction and maintenance therapy in patients with ulcerative colitis, regardless of prior exposure to tumor necrosis factor antagonists. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017;15(2):229–239.e5. 6. Sandborn WJ, Feagan BG, Rutgeerts P, et al. Vedolizumab as induction

and maintenance therapy for Crohn's disease. N Engl J Med. 2013;369(8):711–721. 7. Sands BE, Sandborn WJ, Van Assche G, et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for Crohn's disease in patients naive to or who have failed tumor necrosis factor antagonist therapy. Inflamm Bowel Dis. 2017;23(1):97–106. 8. Colombel J-F, Sands BE, Rutgeerts P, et al. The safety of vedolizumab for ulcerative colitis and Crohn's disease. Gut. 2017;66(5):839–851.

A dokumentum lezárásának ideje: 2018.02.19.

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



2018. június 3. vasárnap
3 June, Sunday
18.00 – 18.30

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

TAKEDA SZIMPÓZIUM / TAKEDA SYMPOSIUM

Üléselnök/Chair: Palatka Károly, Debrecen

HAZAI ÉS NEMZETKÖZI TAPASZTALATOK A VEDOLIZUMAB ALKALMAZÁSÁVAL
NATIONAL AND INTERNATIONAL EVIDENCES WITH VEDOLIZUMAB
Molnár Tamás, Szeged, Bor Renáta, Szeged

A PERIANÁLIS FISZTULÁK KEZELÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI
TREATMENT OPTIONS OF PERIANAL FISTULAS
Miheller Pál, Budapest

2018. június 3. vasárnap
3 June, Sunday
18.30 – 19.00

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

NOVARTIS SZIMPÓZIUM / NOVARTIS SYMPOSIUM

Üléselnökök/Chairs:

LEGÚJABB AJÁNLÁSOK A NET DIAGNOSZTIKÁJÁBAN/LATEST RECOMMENDATIONS IN THE DIAGNOSTIC OF NET
Varga Márta, Békéscsaba, Békés megyei központi kórház, Dr. Réthy Pál tagkórház,

MEGHÍVÓ

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság a 60. Nagygyűlés alkalmából



EMLÉKFÁT



ültet Siófokon a Hotel Azúr parkjában.

Az ültetési ünnepség 2018. június 3-án 20.00-20.30 között lesz, amelyre minden kongresszusi résztvevőt meghív a vezetőség.

A kerti összejövetel, a Garden Party 21.00-tól lesz
a Balatonra néző medencék teraszán

2018. június 3. vasárnap
3 June, Sunday
20.30 –

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

VEZETŐSÉGI ÜLÉS / ELNÖKVÁLASZTÁS

MINDANNYIUNKRA SZÜKSÉG VAN, HOGY MEGKÜZDJÜNK A VILÁG LEGNAGYOBB EGÉSZSÉGÜGYI KIHÍVÁSAIVAL

Az AbbVie innovatív kutatásaival új terápiás lehetőségeket teremt a legsúlyosabb betegségek leküzdéséhez.

Nemzetközi biogyógyszer vállalatunk úttörő megoldásokat dolgoz ki különböző terápiás területeken értékes tapasztalataira támaszkodva.

Újításainkat tudományos partnereink, orvosok, kormányzati szakértők és érdekképviselők segítségével tesszük elérhetővé a betegeink számára.

A hatékony csapatmunka eredménye jelentős hatással van a betegek életminőségére és az egészségügy működésére.

abbvie.com

abbvie.hu

AbbVie Kft.

1095 Budapest,

Lechner Ödön fasor 7.

Telefonszám: +36 1 455 8600



EMBEREK. ELHIVATOTTSÁG. ESÉLYTEREMTÉS.

HUOTH170055

Lezárás dátuma: 2017.03.27.

abbvie

2018. június 4. Hétfő
4 June, Monday
8.00-8.30

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

ÚJ TERÁPIÁS LEHETŐSÉG A CROHN-BETEGSÉG KEZELÉSÉBEN
NEW TREATMENT OPTION IN CROHN'S DISEASE
JANSSEN SZIMPÓZIUM / JANSSEN SYMPOSIUM

**KEREKASZTAL BESZÉLGETÉS A TNF-ALFA GÁTLÁS SIKERTELENSÉGÉT
KÖVETŐ TERÁPIÁS MEGKÖZELÍTÉSEKRŐL**
*ROUNDTABLE DISCUSSION: TREATMENT STRATEGIES AFTER THE FAILURE
OF TNF-ALPHA AGENTS*

Kerekasztal résztvevői:

Molnár Tamás, Szeged
Miheller Pál, Budapest

Palatka Károly, Debrecen
Vincze Áron, Pécs

2018. június 4. Hétfő
4 June, Monday
8.30 - 9.00

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

ABBVIE IBD SZIMPÓZIUM / ABBVIE IBD SYMPOSIUM

Üléselnök / Chair: Szamosi Tamás, Budapest

A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK INTERDISZCIPLINÁRIS MEGKÖZELÍTÉSE
INTERDISCIPLINARY MANAGEMENT OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES
Molnár Tamás, Szeged; Szegedi Andrea, Debrecen; Szekanecz Zoltán, Debrecen

2018. június 4. Hétfő
4 June, Monday
9.00-11.00

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

**SZÚKULÓ VAGY SZÉLESEDŐ MEZSGYÉN? 60 ÉV A
GASZTROENTEROLÓGUSOK ÉS SEBÉSZEK EGYÜTTMŰKÖDÉSÉBEN**
*NARROW OR WIDER BOUNDS? 60 YEARS OF COLLABORATION OF
GASTROENTEROLOGISTS AND SURGEONS*

FŐTÉMA / MAIN TOPIC

Moderátorok: Harsányi László, Budapest
Hritz István, Budapest

Szijártó Attila, Budapest

FEKÉLYBETEGSÉG
PEPTIC ULCER DISEASE

- 9.00 **AZ ETIOLÓGIA VÁLTOZÁSA, A KONZERVATÍV TERÁPIA ÉS A SZÖVŐDMÉNYES FEKÉLYBETEGSÉG ENDOSZKÓPOS KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI**
CHANGES IN ETIOLOGY, CONSERVATIVE TREATMENT AND ENDOSCOPIC THERAPY OF COMPLICATED PEPTIC ULCER DISEASE
Vincze Áron, Pécs

- 9.15 **KORSZERŰ SEBÉSZI MEGKÖZELÍTÉS: LEHETSÉGES-E „MINIMÁLISAN INVAZÍV MŰTÉT” 2018-BAN?**
NOVEL SURGICAL APPROACH: IS MINIMALLY INVASIVE SURGERY FEASIBLE IN 2018?
Lóderer Zoltán, Szombathely

PRAECANCEROSISOK, KORAI TÁPCSATORNAI DAGANATOK
PRECANCEROUS LESIONS, EARLY GASTROINTESTINAL CANCERS

- 9.30 **AZ ENDOSZKÓPIA SZEREPE A DIAGNÓZISBAN ÉS STAGINGBEN**
ROLE OF ENDOSCOPY IN DIAGNOSIS AND STAGING
Dubravcsik Zsolt, Kecskemét

- 9.45 **ENDOSZKÓPOS TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK (EMR, ESD)**
THERAPEUTIC ENDOSCOPY MODALITIES (EMR, ESD)
Madácsy László, Székesfehérvár

- 10.00 **MINIMÁLISAN INVAZÍV SEBÉSZETI LEHETŐSÉGEK (TRANSANALIS MŰTÉTEK, LAPAROSCOPOS TECHNIKÁK)**
MINIMALLY INVASIVE SURGICAL APPROACH (TRANSANAL SURGERY, LAPAROSCOPIC TECHNIQUES)
Zaránd Attila, Budapest

AZ EPEUTAK ÉS HASNYÁLMIRIGY BETEGSÉGEI
PANCREATO-BILIARY DISORDERS

- 10.15 **ENDOSZKÓPIA SZEREPE A DIAGNÓZISBAN ÉS STAGINGBEN (CHOLEDOCHOLITHIASIS, EPEÚTI DAGANATOK, KRÓNIKUS PANCREATITIS, PANCREAS RÁK)**
ROLE OF ENDOSCOPY IN DIAGNOSIS AND STAGING (COMMON BILE DUCT STONES, BILIARY MALIGNANCIES, CHRONIC PANCREATITIS, PANCREATIC CANCER)
Hamvas József, Budapest

- 10.30 **A NOTES ENDOSZKÓPOS ÉS SEBÉSZI ALKALMAZÁSI LEHETŐSÉGEI**
ENDOSCOPIC AND SURGICAL APPLICATION OF NOTES
Szepes Attila, Kecskemét
Lukovich Péter, Budapest

- 10.50 **PERIHILARIS TUMOROK RADIKÁLIS KEZELÉSE**
RADICAL TREATMENT OF PERIHILAR CHOLANGIOCARCINOMAS
Szijszák Attila, Budapest

EGYESÍTETT ERŐKKEL A NYÁLKAHÁRTYA-GYÓGYULÁSÉRT



PENTASA®



PENTASA®
4 g retard granulátum



CORTIMENT®



CORTIMENT®
9 mg retard tabletta

Enyhe- közép súlyos colitis ulcerosa akut fellángolásának kezelésére

[illegible][illegible]

terazki	hidromorfinin vsebnost	a število tableti (DOP, 11.6)	terazki (g)
Pentax 4 g brez granuliranih 30+ tableti	25.445	22.961	2.544
Concert 8 mg brez granuliranih 30	29.958	28.862	2.898

A dokumentum kiadásának időpontja: 2018.04.09.

FERRING
PHARMACEUTICALS

Ferring Magyarország Kft.
1138 Budapest, Tomori utca 34.
Tel:06-1-236 3800, Fax:06-1-236 3899
e-mail: feringo@ferring.hu

DETECT EARLY. TREAT EARLY.

Beacon™
EUS Delivery System



PillCam™
Capsule Endoscopy Platform



Barrx™
Radiofrequency Ablation
System



Gastrointestinal Functional
Diagnostic Portfolio



Trademarks may be registered and are the property of their respective owners.
© Medtronic, Inc. All rights reserved. 16-sages-advert-1137928

Medtronic
Further, Together

2018. június 4. hétfő
4 June, Monday
11.05 – 11.35

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

**POSTPOLYPECTÓMIÁS COLONOSCOPOS UTÁNKÖVETÉS-EURÓPAI (ESGE)
IRÁNYELV / COLONOSCOPY SURVEILLANCE AFTER POLYPECTOMY-
EUROPEAN (ESGE) GUIDELINE**
REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE

Üléselnök / Chair:
Vincze Áron, Pécs

Előadó / Speaker:
Wittmann Tibor, Szeged

2018. június 4. hétfő
4 June, Monday
11.40 – 12.40

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

ALLEGRO SZIMPÓZIUM / ALLEGRO SYMPOSIUM

Üléselnökök/Chair: **Rácz István**, Győr

Előadó/Speaker: **Abraham Eliakim**, Israel

STATE OF THE ART OF CAPSULE ENDOSCOPY IN IBD

EBÉD / LUNCH

2018. június 4. hétfő
4 June, Monday
13.45 – 14.30

Toscana I.terem
Toscana I. Hall

**BÍRÓSÁGI TÁRGYALÁS, AVAGY BŰNÖSÖK-E A PPI-OK A
KARDIOVASZKULÁRIS KOCKÁZAT NÖVELÉSÉBEN?**
*JUDICIAL PROCEEDING: PPIS ARE NOT GUILTY OF ELEVATING
CARDIOVASCULAR RISK IN PATIENTS ON CLOPIDOGREL – A SYSTEMATIC
REVIEW AND META-ANALYSIS*
SANDOZ SZIMPÓZIUM / SANDOZ SYMPOSIUM

BÍRÓ

Szabó Imre, Pécs

ÜGYÉSZ

Hegyi Péter, Pécs

VÉDŐ

Sarlós Patrícia, Pécs

FUJIFILM

ELUXEO®



HUN MED

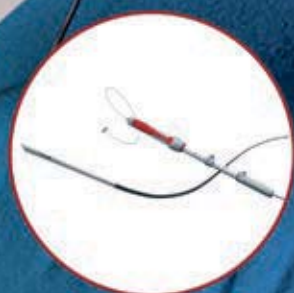
HUN-MED Kft. • H-2045 Törökbálint, Tópark utca 3. • Telefon: +36 30 240 6757 • Fax: +36 23 500 357 • e-mail: hunmed@hunmed.hu



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



Instinct™
ENDOSZKÓPOS
HEMOCLIP



EchoTip ProCore
EUS TŰ



HEMOSPRAY
ENDOSZKÓPOS
VÉRZÉSCSILLAPÍTÓ



ACROBAT 2
VEZETŐDRÓT

COOK®

MEDICAL

2018. június 4. hétfő
4 June, Monday
14.30 – 17.20

Toscana I.terem
Toscana I. Hall

ENDOSZKÓPIA II. / ENDOSCOPY II. ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS

Üléselnök / Chair:

Vincze Áron, Pécs

Dubravcsik Zsolt, Kecskemét

Szepes Zoltán, Szeged

14.30 **EMERGENCY ENDOSCOPIES IN ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN HUNGARY-RETROSPECTIVE DATA ANALYSIS**

Szántó K.¹, Fábíán A.¹, Bor R.¹, Rutka M.¹, Farkas K.¹, Milassin Á.¹, Bálint A.¹, Szepes Z.¹, Kiss J.¹, Róka R.¹, Rosztóczy A.¹, Czakó L.¹, Molnár T.¹, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged¹

14.40 **AKUT EMÉSZTŐSZERV VÉRZŐ ELLÁTÁS A SEMMELWEIS EGYETEMEN - AZ ELSŐ ÉV TAPASZTALATAI**

Miheller P.¹, Hagymási K.¹, Iliás Á.³, Mihály E.¹, Molnár B.¹, Müllner K.¹, Németh A.¹, Péter Z.¹, Sípó F.¹, Székely H.¹, Takáts A.², Wacha J.², Patai Á.¹, Csontos Á.¹, Piri D.¹, Hencz R.¹, Kórműves Z.¹, Kertész E.¹, Kanizsai P.⁴, Hritz I.², Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika¹, Semmelweis Egyetem, I.sz. Sebészeti Klinika², Semmelweis Egyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika³, Semmelweis Egyetem, Sürgősségi Betegellátó Osztály⁴

14.50 **A SZUBINTENZÍV RÉSZLEG JELENTŐSÉGE TÁPCSATORNAI VÉRZŐ BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN**

Szőnyi M.¹, Topa L.¹, Szent Imre Kórház¹, Szent Imre Kórház²

15.00 **GASTRIC ANTRAL VASCULAR ECTASIA: CLINICAL ASPECTS AND TREATMENT WITH ARGON PLASMA COAGULATION**

Sepsi B.¹, Tóth L.¹, Magyarosi D.¹, Balog I.¹, Pécsi D.¹, Kokas M.¹, Pécsi G.¹, Karolina Kórház és Rendelőintézet Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia¹

15.10 **SZÜRŐ JELLEGŰ COLONOSCOPIÁVAL EGYIDEJŰLEG VÉGZETT GASTROSCOPIA – ELŐZETES TAPASZTALATOK**

Weissenberger O.¹, Mihály E.², Tulassay Z.², Hersényi L.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Gasztroenterológiai Osztály, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest²

Üléselnök / Chair:

Czakó László, Szeged

Horváth Miklós, Budapest

Gurzó Zoltán, Gyula

15.20 **PROSPECTIVE ANALYSIS OF THE COLONOSCOPY QUALITY INDICATORS IN OUR DEPARTMENT**

Gódi S.¹, Pécsi D.², Bajor J.¹, Czimmer J.¹, Hágendorn R.¹, Illés A.¹, Pakodi F.¹, Sarlós P.¹, Szabó I.¹, Vincze Á.¹, 1st Department of Medicine, Division of Gastroenterology, University of Pécs, Pécs¹, Centre for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs²

- 15.30 IMPROVED THE COLORECTAL ADENOMA DETECTION RATE WITH LINKED COLOR IMAGING (LCI) TECHNOLOGY AS COMPARED TO WHITE LIGHT HIGH DEFINITION COLONOSCOPY: FINAL RESULTS OF A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL**
Madácsy L.¹, Szalai M.¹, Oczella L.¹, Dubravcsik Z.², Szepes A.², ENDO-KAPSZULA ENDOSCOPY UNIT, SZÉKESFEHÉRVÁR¹, BÁCS-KISKUN COUNTY TEACHING HOSPITAL, OMCH ENDOSCOPY UNIT, KECSKEMÉT²
- 15.40 PREDICTION OF DIMINUTIVE COLORECTAL POLYP HISTOLOGY USING FUJINON ELUXEO-BLI ELECTRONIC CHROMOENDOSCOPY WITH AND WITHOUT OPTICAL MAGNIFICATION: IMPLICATIONS FOR THE RESECT AND DISCARD STRATEGY FROM A PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY**
Oczella L.¹, Szalai M.¹, Miheller P.³, Zsobrák K.¹, Dubravcsik Z.², Szepes A.², Madácsy L.¹, ENDO-KAPSZULA PRIVATE ENDOSCOPY UNIT, SZÉKESFEHÉRVÁR¹, BÁCS-KISKUN COUNTY TEACHING HOSPITAL, OMCH ENDOSCOPY UNIT, KECSKEMÉT², SEMMELWEIS UNIVERSITY, INTERNAL MEDICINE, BUDAPEST³
- 15.50 THREE YEARS EXPERIENCE AND EVALUATION OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION TECHNIQUES IN A HUNGARIAN ENDOSCOPY CENTER**
Csóke D.¹, Dubravcsik Z.¹, Hritz I.², Gyimesi G.¹, Madácsy L.³, Szepes A.¹, Bács-Kiskun County Hospital and OMCH Endoscopy Center Kecskemét¹, Bács-Kiskun County Hospital and OMCH Endoscopy Center Kecskemét, Semmelweis University, 1st Department of Surgery, Endoscopy Laboratory², Bács-Kiskun County Hospital and OMCH Endoscopy Center Kecskemét, Endo-Kapszula Private Medical Center³
- 16.00 MEDIUM-TERM OUTCOMES OF ENDOSCOPIC AND SURGICAL REMOVAL OF MALIGNANT COLORECTAL POLYPS**
Fábián A.¹, Bor R.¹, Szabó Ö.¹, Rutka M.¹, Vasas B.², András L.³, Bálint A.¹, Farkas K.¹, Milassin Á.¹, Szántó K.¹, Molnár T.¹, Szepes Z.¹, First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged², Department of Surgery, University of Szeged, Szeged³
- 16.10 ENDOSCOPIC REMOVAL OF HIGH RISK COLORECTAL POLYPS IN PATIENTS TAKING ORAL ANTICOAGULANT THERAPY. 10 YEARS EXPERIENCE.**
Pécsi G.¹, Mariann K.¹, Tóth L.¹, Magyarosi D.¹, Pécsi D.¹, Seps B.¹, Balog I.¹, Karolina Kórház és Rendelőintézet Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia¹
- 16.20 INTRALESIONAL STEROID IS BENEFICIAL IN BENIGN REFRACTORY ESOPHAGEAL STRICTURES: A META-ANALYSIS**
Szapáry L.¹, Farkas N.², Hegyi P.¹, Márta K.¹, Tinusz B.¹, Erőss B.¹, Institute for Translational Medicine, 7624 Pécs, Hungary¹, Institute of Bioanalysis, University of Pécs, 7624 Pécs, Hungary²

Üléselnök / Chair:

Szepes Attila, Kecskemét

Hritz István, Budapest

Madácsy László, Budapest

- 16.30 INITIAL MULTICENTRE DATA FROM THE HUNGARIAN ERCP REGISTRY**
Pécsi D.¹, Szentesi A.¹, Hegyi P.¹, Altörjay I.², Czákó L.³, Gódi S.⁴, Gyökeres T.⁵, Pakodi F.⁴, Patai Á.⁶, Szepes Z.³, Vincze Á.⁴, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary¹, Division of Gastroenterology, Second Department of Medicine, University of Debrecen², First Department of Medicine, University of Szeged³, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs⁴, Department of Gastroenterology, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest⁵, Department of Gastroenterology and Medicine, Markusovszky University Teaching Hospital, Szombathely⁶

16.40 INITIAL EXPERIENCES WITH TRANSPANCREATIC PRECUT SPHINCTEROTOMY

Gódi S.¹, Pécsi D.², Pakodi F.¹, Szabó I.¹, Vincze Á.¹, 1st Department of Medicine, Division of Gastroenterology, University of Pécs, Pécs¹, Centre for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs²

16.50 SUPRAPAPILLARY BILIARY STENT PLACEMENT MIGHT HAVE LONGER PATENCY TIME COMPARED TO TRANSPAPILLARY STENT PLACEMENT – A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Pécsi D.¹, Farkas N.³, Márta K.¹, Szakács Z.¹, Hegyi P.¹, Vincze Á.², Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary², Institute of Bioanalysis, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary³

17.00 EPEÚTI FÉMSTENTEKKEK SZERZETT TAPASZTALATAINK 100 ERCP KAPCSÁN.

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

17.10 INDETERMINÁLT CHOLEDOCHUS STRICTURÁK DIAGNOSZIKÁJA – ESETISMERTETÉS

Szegedi L.¹, Kovács J.¹, Dandé G.¹, I. Belgyógyászat, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Jóna András Oktatókórház, Nyíregyháza¹

2018. június 4. hétfő
4 June, Monday
14.30 – 15.20

Ibiza.terem
Ibiza. Hall

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

Üléselnök / Chair:

Kovács Márta, Budapest

Rácz István, Győr

14.30 SMALL BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY EXAMINATIONS FOR DETECTING SMALL INTESTINAL LESIONS OF CROHN DISEASE IN CHILDREN

Lásztity N.¹, Gombos E.¹, Karoliny A.¹, Nagy A.¹, Department of Gastroenterology, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest¹

14.40 NSAID OKOZTA SÚLYOS GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉS: A KAPSZULÁS ENDOSZKÓPOS NEHÉZSÉGEI

Kovács M.¹, Ubrankovics A.¹, Molnárné Cerna A.¹, Lukovich P.², Nyulasi T.³, Székely G.¹, 1.sz. Belgyógyászati-gasztroenterológiai Osztály, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest¹, Sebészeti Osztály, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest², Központi Aneszteziológiai és Intenzív terápiás Osztály, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest³

14.50 VÉKONYBÉL FEKÉLY RITKA OKAI. TANULSÁGOK A KAPSZULÁS PRAXISUNKBAN

Kovács V.¹, Durcsán H.¹, Kiss G.¹, Regőczy H.¹, Varga S.², Kránitz N.², Rácz I.¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹, Patológiai Osztály, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr²

15.00 SURFACE MAPPING WITH A COMPUTER ASSISTED ROBOTIC AUTOSCAN PROGRAM OF A NEW MAGNETICALLY CONTROLLED GASTRIC CAPSULE ENDOSCOPY SYSTEM COMPARED TO MANUAL CONTROLLING - AN INVITRO STUDY

Szalai M.¹, Oczella L.¹, Lovász B.², Madácsy L.¹, ENDO-KAPSZULA MAGÁNORVOSI CENTRUM, SZÉKESFEHÉRVÁR¹, SEMMELWEIS EGYETEM, I. SZÁMÚ BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA, BUDAPEST²

15.10 URGENS KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA; LEHETŐSÉGEK ÉS TAPASZTALATOK

Rácz I.¹ I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

2018. június 4 hétfő
4 June, Monday
15.45 – 16.45

Ibiza terem
Ibiza Hall

ULTRAHANG / ULTRASOUND
KÉPALKOTÓ / IMAGING
ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS

Üléselnökök / Chairs:

Székely György, Budapest

Szebeni Ágnes, Budapest

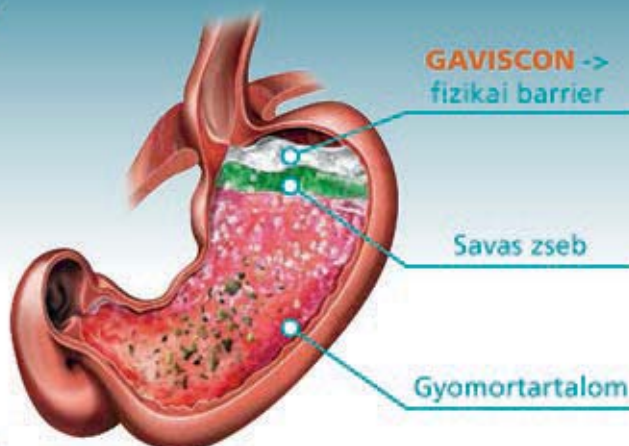
- 15.45 **REGÖLY-MÉREI JÁNOS EMLÉKELŐADÁS - KLINIKUS KEZÉBEN A TRANSZDUCER**
Vadnai M.¹, Nyíró Gyula OPAI¹
- 15.55 **A MÁJ KONTRASZTANYAGOS ULTRAHANG VIZSGÁLATÁNAK INDIKÁCIÓI ÉS A KAPOTT EREDMÉNYEK ELEMZÉSE**
Gajdán L.¹, Mag M.¹, Gervain J.¹, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház I. Belgyógyászat, Hepato- Pankreatológiai Részleg, Székesfehérvár¹
- 16.05 **A HASNYÁLMIRIGY BETEGSÉGEK LEGFONTOSABB MORFOLÓGIAI JELEI A CT KÉPEKEN**
Tasnádi T.¹, Varga M.², Vághy R.³, Békés Megyei Központi Kórház, Réthy Pál Tagkórház Radiológia. Békéscsaba¹, Békés Megyei Központi Kórház, Réthy Pál Tagkórház Belgyógyászat Békéscsaba², Békés Megyei Központi Kórház, Réthy Pál Tagkórház Radiológia. Békéscsaba³
- 16.15 **ULTRASOUND EXAMINATION IN PATIENTS SUFFERING FROM IRRITABLE BOWEL SYNDROME**
Székely G.¹, Schnabel T.¹, Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹
- 16.25 **FOCAL LIVER LESIONS OBSERVED BY DIGITAL 2D AND COLOR DOPPLER ULTRASOUND**
Veress P.¹, Szilvás Á.¹, Székely G.¹, Gasztroenterológia Osztály, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest¹
- 16.35 **ULTRASONOGRAPHY BEFORE AND AFTER PROCEDURES IN THE BILIARY SYSTEM**
Laczi D.¹, Tóth G.¹, Székely G.¹, I. sz. Belgyógyászati - Gasztroenterológiai Osztály - Szent János Kórház - Budapest¹

A savas zseb - a reflux elsődleges forrása?

A savas reflux epizódok, így a kellemetlen tünetek is leggyakrabban étkezéseket követően fordulnak elő.¹

Étkezést követően egy újonnan képződött savréteg (pH = 1,6) alakul ki a gyomortartalom tetején^{2,3} ez a **SAVAS ZSEB**, amely:

- körülbelül 15 perccel evés után alakul ki és mintegy 2 órán át van jelen^{1,4}
- ~ 70 ml-s réteget képez²
- közvetlenül a nyelőcső és a gyomor találkozásánál helyezkedik el⁵
- GERD esetén azonban elmozdulhat felfelé, filmréteget képezve a nyelőcső nyálkahártyáján²



Hogyan befolyásolják a terápiás készítmények a savas zsebet?

Alginát készítmények

GERD betegekben az alginát lefelé nyomja a savas zsebet eltávolítva azt a nyelőcső alsó záróizmától. Egyes esetekben a savas zseb teljesen el is tűnik.⁶

Protonpumpa-gátlók

A savas zseb a protonpumpa-gátló (PPI) kezelés után is megmarad, de kevésbé savas.⁶ Azonban az enyhén savas reflux is hozzájárul a GERD maradványtünetekhez.⁷

Az alginátok a protonpumpa-gátlók hatásmechanizmusát kiegészítve hatékonyan enyhítik a reflux maradványtüneteit.⁸

- **Étkezést követő gyomorégés kezelésére**
- **Terhes és szoptató anyáknak**
- **PPI terápiát abbahagyó betegeknek; a rebound hatás kezelésére***
PPI terápiában részesülő betegeknek, akiknél nem szűnt meg teljesen a reflux¹⁰
- **3 percen belül enyhíti a gyomorégés okozta fájdalmat. Akár 4 órán át tartó hatás***
- **Cukor-, glutén- és laktózmentes termékcsalád**



HIVATKOZÁSOK: 1. Fletcher J, Witz A, Young J, Vallance R, McCall KE. Unbuffered highly acidic gastric juice exists at the gastroesophageal junction after a meal. *Gastroenterology* 2001; 121: 775-783. 2. Beaumont H, Bennis R.J., de Jong J. The position of the acid pocket as a major risk factor for acid reflux in healthy subjects and patients with GERD. *Gut* 2010; 59(4):441-451. 3. Holloway R.H., Sifrim D.A. The acid pocket and its relevance to reflux disease. *Gut* 2008; 57(3): 285-286. 4. Tytgat GN, et al. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27:249-256. 5. Rofol W.O., Bennis R.J., Smout A.J. An Alginate-Antacid Formulation Localizes to the Acid Pocket to Reduce Acid Reflux in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013;11(12):1585-1591. 6. Rofol W.O., Bennis R.J., Boeckstaens G.E. Proton Pump Inhibitors Reduce the Size and Acidity of the Acid Pocket in the Stomach. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014; 12(7):1101-1107. 7. Vakil N, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006;101(8):1900-1920, quiz 1943. 8. Menabde N, et al. *Dis Esophagus* 2011;9. Evans R et al. *BMJ* 2007;13(11):425-430. 9. Evans R et al. *BMJ* 2007;13(11):425-430. 10. Chu C.T., Hsu C.M., Wang C.C. Randomised clinical trial: sodium alginate oral suspension is non-inferior to omeprazole in the treatment of patients with non-erosive gastroesophageal disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2013; 38(9): 1054-1064. *Gaviscon menta ízű belsőleges szuszpenzió

Bővebb információért kérjük olvassa el a részletes alkalmazási előírást!

Rövidített alkalmazási előírás: Tájkészítő anyag egészségügyi dolgozók számára Gaviscon menta ízű belsőleges szuszpenzió. Hatóanyag: 500 mg nátrium-alginát, 267 mg nátrium-hidrogén-karbonát és 160 mg kalcium-karbonát 10 ml szuszpenzióban. Farmakoterápiás csoport: peptikus fekély és gastro-oesophagealis refluxbetegség (GERD) egyéb gyógyszerei. ATC kód: A02BX13. Terápiás javallatok: Gastro-oesophagealis refluxbetegség tüneteinek kezelése, így mint savregurgitáció, gyomorégés és emésztési zavarok (refluxhoz kapcsolódó), például étkezést követően vagy terheesség alatt. Adagolás és alkalmazás: Felönték és 12 évesnél idősebb gyermekek: 10-20 ml étkezéseket követően és lefekvéskor (naponta maximum négy alkalommal). 12 év alatti gyermekek: Csak orvosi utasításra. Kezelés időtartama: Ha a tünetek hét napi használatot követően is fennállnak, a következetet tisztázni kell, és a kezelést újra kell értékelni. Időskorúak: Ebben a korcsoportban nincs szükség dózismódosításra. Az alkalmazás módja: Szájon át történő alkalmazásra. Ellenjavallatok: A gyógyszer alkalmazása ellenjavallt azoknál a betegeknél, akiknél ismert vagy feltételezett túlzott érzékenysége van nátrium-alginátra, nátrium-hidrogén-karbonátra, kalcium-karbonátra vagy a készítmény 6.1 pontban felsorolt bármely segédanyagával szemben. Nemkívánatos hatások, mellékhatások: A mellékhatások az alábbi gyakorisági kategóriák alapján kerültek besorolásra. Nagyon ritka: <1/10 000. Nagyon ritka: immunrendszeri betegségek és tünetek: Anaphylaxis és anaphylactoid reakciók, túlzott ciliáris reakciók, például csalánkiütés. Légzőrendszeri, mellkasi és mediastinális betegségek és tünetek: Légzőrendszeri tünetek, például bronchospasmus. A forgalomba hozatal engedély száma: OGYI-T-21299/12, 17. Tárolás: Legfeljebb 30°C-on tárolandó. Hőmérsékletben nem tárolható! Nem fogyasztható! Felhasználhatóság időtartama: 2 év. Az alkalmazási előírás dátuma: 2018.05.23. Orvosi vény nélkül is kapható gyógyszer (VtO). Forgalmazó: Hozatali engedély jogosultja: Redditt-Bencsik Kft., 1113 Budapest, Bocskai út 134-146. Tájkészítő anyag egészségügyi dolgozók számára Gaviscon borsmenta ízű rágótabletta. Hatóanyag: 250 mg nátrium-alginát, 133,5 mg nátrium-hidrogén-karbonát és 80 mg kalcium-karbonát tartalmaz rágótablettaként. Farmakoterápiás csoport: peptikus fekély és gastro-oesophagealis refluxbetegség (GERD) egyéb gyógyszerei. ATC kód: A02BX13. Terápiás javallatok: Gastro-oesophagealis refluxbetegség tüneteinek kezelése, így mint savregurgitáció, gyomorégés és emésztési zavarok (refluxhoz kapcsolódó), például étkezést követően vagy terheesség alatt, illetve reflux-oesophagitishez kapcsolódó tünetek kezelésére. Adagolás és alkalmazás: Felönték és 12 évesnél idősebb felnőttek: 2-4 tablettát, étkezéseket követően és lefekvéskor (naponta maximum négy alkalommal). 12 év alatti gyermekek: Csak orvosi utasításra adható. A kezelés időtartama: Ha a tünetek hét napi használatot követően is fennállnak, a következetet tisztázni kell, és a kezelést újra kell értékelni. Időskorúak: Ebben a korcsoportban nincs szükség dózismódosításra. Ellenjavallatok: A gyógyszer alkalmazása ellenjavallt azoknál a betegeknél, akiknél ismert vagy feltételezett túlzott érzékenysége van nátrium-alginátra, nátrium-hidrogén-karbonátra, kalcium-karbonátra vagy a készítmény 6.1 pontban felsorolt bármely segédanyagával szemben. Nemkívánatos hatások, mellékhatások: A mellékhatások az alábbi gyakorisági kategóriák alapján kerültek besorolásra. Nagyon ritka: <1/10 000. Nagyon ritka: immunrendszeri betegségek és tünetek: Anaphylaxis és anaphylactoid reakciók, allergia tünetek, például csalánkiütés. Légzőrendszeri, mellkasi és mediastinális betegségek és tünetek: Légzőrendszeri tünetek, például bronchospasmus. A forgalomba hozatali engedély száma: OGYI-T-21299/05, 08. Tárolás: Legfeljebb 30°C-on tárolandó. Felhasználhatóság időtartama: 2 év. Az alkalmazási előírás dátuma: 2016.04.23. Orvosi vény nélkül is kapható gyógyszer (VtO). Forgalmazó: Hozatali engedély jogosultja: Redditt-Bencsik Kft., 1113 Budapest, Bocskai út 134-146.

Az anyagcserének dátuma: 2018.05.08. Amennyiben termékünk alkalmazása során „Nemkívánatos eseményt” észlel, kérjük, 24 órán belül jelentse a gyógyszerreklamacio@b.com-e-mail címen vagy a +361-880-18-70 telefonszámon! GVS_18_010

2018. június 4. hétfő
4 June, Monday
13.45 – 18.00

Marbella terem
Marbella Hall

KUTATÓI FÓRUM / RESEARCH FORUM
ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS

Üléselnökök/Chair:

Molnár Béla, Budapest

Varga Gábor, Budapest

13.45 BLOOD COLLECTION TUBES AND CELL-FREE DNA ISOLATION METHODS INFLUENCE THE DETECTION OF METHYLATION ALTERATIONS IN COLORECTAL NEOPLASIA

Barták B.¹, Kalmár A.², Patai V. Á.¹, Galamb O.², Valcz G.², Wichmann B.², Nagy Z.¹, Zsigrai S.¹, Szigeti K.¹, Tulassay Z.², Igaz P.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary²

13.54 HUMAN PANCREATIC DUCTAL ORGANIDS AS A NEW MODEL IN PANCREAS PHYSIOLOGY

Németh M.¹, Katona X.¹, Varga Á.¹, Madácsy T.¹, Molnár R.¹, Takács T.², ifj. Farkas G.³, Maléth J.⁴, University of Szeged, First Department of Medicine and MTA SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary¹, University of Szeged, First Department of Medicine², University of Szeged, Department of Surgery, Szeged, Hungary³, University of Szeged, First Department of Medicine and MTA SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group and University of Szeged, Department of Public Health, Szeged, Hungary⁴

14.03 PANCREATIC DUCTAL ORGANOID CULTURES ARE SUITABLE MODEL TO STUDY PANCREATIC DUCTAL ION SECRETION

Molnár R.¹, Molnár B.¹, Fanczal J.¹, Madácsy T.¹, Rakonczay Z.², Hegyi P.³, Maléth J.¹, University of Szeged, First Department of Medicine, MTA-SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group¹, University of Szeged, Department of Pathophysiology², University of Pécs, Department of Translational Medicine/1st Department of Medicine.³

14.12 SYNDECAN-1 INHIBITS THIOACETAMIDE INDUCED FIBROGENESIS OF THE LIVER

Regős E.¹, Baghy K.¹, Reszegi A.¹, Kovalszky I.¹, Semmelweis Egyetem, I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet¹

14.21 CHARACTERIZATION OF THE FUNCTION OF TRANSIENT RECEPTOR POTENTIAL MELASTATIN 2 IN MOUSE PANCREATIC ACINAR CELLS

Fanczal J.¹, Biró P.¹, Madácsy T.¹, Hegyi P.², Rakonczay Z.³, Maléth J.¹, University of Szeged, First Dept of Medicine and MTA-SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group¹, University of Pécs, Department: Department of Translational Medicine/1st Department of Medicine², Department of Pathophysiology³

14.30 THE EFFECT OF FLUORIDE ON TIGHT JUNCTION FORMATION IN THE HAT-7 AMELOBLAST MODEL

Rácz R.¹, Bori E.¹, Földes A.¹, Zsembery Á.¹, Gerber G.², Steward M.³, DenBesten P.⁴, Varga G.¹, Department of Oral Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest, Hungary², School of Medical Sciences, University of Manchester, Manchester, United Kingdom³, Department of Orofacial Sciences, University of California, San Francisco, USA⁴

14.39 BILE ACIDS INCREASE MUC4 EXPRESSION AND PROLIFERATION IN PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA

Gál E.¹, Ébert A.², Tiszlavicz L.³, Venglovecz V.⁴, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged², Department of Pathology, University of Szeged³, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged⁴

14.48 METHYL DONOR CHANGES WITH DNA HYPOMETHYLATION AND DECREASED DNA INTEGRITY IN COLORECTAL CARCINOMA DEVELOPMENT – DNA REMETHYLATION IN CELL CULTURES WITH SUPPLEMENTATION

Zsigrai S.¹, Kalmár A.², Szigeti K.¹, Wichmann B.², Barták B.¹, Nagy Z.¹, Valcz G.², Galamb O.², Dankó T.³, Sebestyén A.³, Tulassay Z.², Igaz P.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest & 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest², 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

14.57 DIMETHYL TRISULFIDE IS A POTENTIAL DRUG CANDIDATE IN EXPERIMENTAL ACUTE PANCREATITIS

Kiss L.¹, Fűr G.¹, Totunji A.¹, Pető R.¹, Balla Z.¹, Bálint E.¹, Pallagi P.², Maléth J.², Venglovecz V.³, Hegyi P.⁴, Rakonczay Jr Z.¹, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary³, MTA-SZTE Momentum Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴

15.06 SZÜNET

Üléselnökök/Chair:

Gyires Klára, Budapest

Rakonczay Zoltán Jr., Szeged

15.15 KYNURENIC ACID AND ITS NOVEL ANALOGUE SZR-72 REDUCE THE SEVERITY OF EXPERIMENTAL ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS VIA NMDA-1 RECEPTOR

Balla Z.¹, Kui B.², Kormányos E.², Bálint E.¹, Kiss L.¹, Iványi B.³, Vécsei L.⁴, Fülöp F.⁵, Harazin A.⁶, Deli A.⁶, Venglovecz V.⁷, Madácsy T.², Maléth J.², Hegyi P.⁸, Rakonczay Jr. Z.¹, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Department of Neurology, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴, Institute of Pharmaceutical Chemistry, University of Szeged, Szeged, Hungary⁵, Molecular Neurobiology Research Unit, Hungarian Academy of Sciences – Biological Research Centre, Szeged, Hungary⁶, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary⁷, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁸

15.24 POLI(ASZPARAGINSÁV) ALAPÚ HATÓANYAG HORDOZÓ RENDSZEREK VIZSGÁLATA FOGEREDETŰ ÓSSEJTEKEN

Tóth K.¹, Juriga D.², Jedlovsky-Hajdú A.², Güler Z.³, Sarac S.³, Zrínyi M.², Varga G.¹, Nagy K.¹, Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Orálbiológia Tanszék, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, Biofizikai és Sugárbiológiai Intézet, Nanokémiai Kutatócsoport, Budapest², Nanoscience and Nanoengineering, Istanbul Technical University, Istanbul³

15.33 FLUID SECRETION IS SIGNIFICANTLY REDUCED IN NEWBORN FERRETS AND PIGS WITH CYSTIC FIBROSIS

Tóth E.¹, Rotti P.³, Pallagi P.¹, Venglovecz V.⁴, Rakonczay Z.⁵, Maléth J.⁶, Uc A.⁷, Engelhardt J.³, Hegyi P.⁸, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, MTA-SZTE Momentum Translational Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Anatomy and Cell Biology, University of Iowa, Iowa, USA³, Department of

Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary⁵, Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Szeged, Hungary⁶, Departments of Pediatrics, University of Iowa, Iowa, USA⁷, Institute for Translational Medicine/1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁸

15.42 LINC00152 LONG NON-CODING RNA PROMOTES THE PROLIFERATION OF SW480 COLON CARCINOMA CELLS THROUGH REGULATION OF CELL CYCLE AND WNT SIGNALING PATHWAY

Galamb O.¹, Kalmár A.¹, Sebestyén A.², Dankó T.², Kriston C.², Wichmann B.¹, Barna G.², Tulassay Z.¹, Igaz P.³, Molnár B.¹, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest², Semmelweis University, 2nd Department of Internal Medicine, Budapest³

15.51 FENTANYL EXACERBATES THE SEVERITY OF L-ORNITHINE-INDUCED EXPERIMENTAL ACUTE PANCREATITIS IN RATS

Bálint E.¹, Balla Z.¹, Kui B.², Kiss L.¹, Fűr G.¹, Venglovecz V.³, Pallagi P.², Maléth J.², Hegyi P.⁴, Rakonczay Jr. Z.¹, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴

16.00 MISFOLDING CARBOXYPEPTIDASE MUTANT INDUCES CHRONIC PANCREATITIS IN MICE

Hegyi E.¹, Sahin-Toth M.¹, Center for Exocrine Disorders, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston¹, Institute for Translational Medicine, University of Pécs Medical School, Pécs²

16.09 CHARACTERIZATION OF THE ORAI1 MEDIATED CA²⁺ ENTRY IN MOUSE PANCREATIC DUCTAL CELLS

Görög M.¹, Grassalkovich A.¹, Madácsy T.¹, Papp N.¹, Balázs A.¹, Pallagi P.¹, Rakonczay Z.², Hegyi P.³, Maléth J.⁴, University of Szeged, First Dept of Medicine, MTA-SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary¹, University of Szeged, Dept of Pathophysiology, Szeged, Hungary², University of Szeged and Pécs, Dept of Translational Medicine/First Dept of Medicine, Szeged and Pécs, Hungary³, University of Szeged, First Dept of Medicine, MTA-SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group and Department of Public Health, Szeged, Hungary⁴

16.18 KRÓNIKUS ROFECOXIB KEZELÉS MÉRSÉKLI A SZÍVIZOM ISZKÉMIA-REPERFÚZIÓT KÖVETŐ KORAI BÉLNÝÁLKAHÁRTYA KÁROSODÁST PATKÁNYBAN

László S.¹, Lázár B.¹, Brenner G.¹, Balogh M.¹, Al-Khrasani M.¹, Scheich B.², László T.³, Helyes Z.⁴, Ferdinandy P.¹, Gyires K.¹, Zádori Z.¹, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest², Patológiai Intézet, Pécsi Tudományegyetem, Pécs³, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet, Pécsi Tudományegyetem és Szentágotthai János Kutatóközpont, Pécs⁴

16.27 EFFECT OF EXOCRINE DYSFUNCTION ON THE ENDOCRINE PANCREAS AND THE ROLE OF CFTR CL⁻ CHANNEL IN IT

Ébert A.¹, Stefán G.¹, Tóth E.², Pallagi P.², Hegyi P.³, Venglovecz V.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary³, MTA-SZTE Momentum Translational Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴

16.36 SZÜNET

*Üléselnökök/Chair:***Zádori Zoltán**, Budapest**Maléth József**, Szeged**16.40 THE ROLES OF CFTR AND SLC26A6 IN EXPERIMENTAL ACUTE PANCREATITIS**

Fűr G.¹, Kiss L.¹, Kovács D.¹, Bálint E.¹, Balla Z.¹, Venglovecz V.², Pallagi P.³, Maléth J.³, Hegyi P.⁴, Rakonczay Jr. Z.¹, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary², First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary³, MTA-SZTE Momentum Translational Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary and Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴

16.49 INCREASED CIRCULATING CELL-FREE TUMOUR DERIVED DNA ENHANCES TUMOUR GROWTH IN C57BL/6-C3H MOUSE MODEL

Nagy Z.¹, Barták B.¹, Schöller A.¹, Valcz G.², Kalmár A.², Zsigrai S.¹, Wichmann B.², Galamb O.², Szigeti K.¹, Igaz P.², Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary²

16.58 GENETIC INHIBITION OF CYCLOPHILIN D PROTECTS AGAINST BILE ACID OR ETHANOL AND FATTY ACID INDUCED PANCREATIC DUCTAL EPITHELIAL CELL DAMAGE IN MICE

Tóth E.¹, Maléth J.³, Erdős R.¹, Závogyán N.¹, Horváth G.⁴, Tretter L.⁴, Rakonczay Z.⁵, Hegyi P.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, MTA-SZTE Momentum Translational Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary², Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Szeged, Hungary³, Department of Medical Biochemistry, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary⁵, Institute for Translational Medicine/1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁶

17.07 KRÓNIKUSAN ALKALMAZOTT SZELEKTÍV ÉS NEM SZELEKTÍV CIKLOOXIGENÁZ GÁTLÓK HATÁSÁNAK VIZSGÁLATA A VÉKONYBÉLRE PATKÁNYBAN

Lázár B.¹, László S.¹, Balogh M.¹, Berekméri E.¹, Al-Khrasani M.¹, Gyires K.¹, Zádori Z.¹, Farmakológia és Farmakoterápiás Intézet, Semmelweis Egyetem, Nagyvárad tér 4, 1089, Budapest¹

17.16 DYSFUNCTION OF PMCA PUMP CAUSES CA²⁺ OVERLOAD AND PANCREATIC DUCTAL CELL DAMAGE IN CYSTIC FIBROSIS

Madácsy T.¹, Varga Á.¹, Schmidt A.¹, Pallagi P.², ifj. Rakonczay Z.³, Hegyi P.⁴, Rázga Z.⁵, Kleger A.⁶, Németh I.⁷, Gray M.⁸, Maléth J.⁹, University of Szeged, First Department of Medicine and MTA SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary¹, University of Szeged, Department of Pharmacology, Szeged, Hungary², University of Szeged, Department of Pathophysiology, Szeged, Hungary³, University of Pécs, Institute for Transl. Med. & 1st Dep. of Medicine, Pécs, Hungary and MTA-SZTE Transl. Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary⁴, University of Szeged, Department of Pathology, Szeged, Hungary⁵, Department of Internal Medicine I, University Medical Center Ulm, Ulm, Germany⁶, University of Szeged, Department of Dermatology, Szeged, Hungary⁷, Newcastle University, Institute for Cell and Molecular Biosciences, Newcastle, United Kingdom⁸, University of Szeged, First Department of Medicine and MTA SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary University of Szeged, Department of Public Health, Szeged, Hungary⁹

17.25 FIZIKAI PREHABILITÁCIÓ HATÁSA AZ ASSOCIATING LIVER PARTITION AND PORTAL VEIN LIGATION FOR STAGED HEPATECTOMY-T (ALPPS) KÖVETŐ MÁJREGENERÁCIÓT JELLEMZŐ MITOCHONDRÁLIS FUNKCIÓRA

Németh K.¹, Federics V.¹, Czibere G.¹, Anker P.¹, Keczer B.¹, Bencsics M.¹, Budai A.¹, Fülöp A.¹, Szijártó A.¹, Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹

17.34 EXAMINATION OF THE MECHANISM OF PANCREATIC DAMAGE INDUCED BY SMOKING

Pallagi P.¹, Tálas D.¹, Venglovecz V.², Tóth E.¹, Balla Z.³, Tóth K.¹, Schnúr A.¹, Csekő K.⁵, Maléth J.¹, Csupor D.⁴, Rakonczay Z.³, Helyes Z.⁵, Hegyi P.⁶, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary, Hungary², Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary, Hungary³, Department of Pharmacognosy, University of Szeged, Szeged, Hungary, Hungary⁴, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Pécs, Pécs, Hungary⁵, Institute for Translational Medicine & 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary, Hungary⁶

17.43 ALCOHOL DOSE-DEPENDENTLY IMPAIRS THE FUNCTION OF THE NA⁺/H⁺ EXCHANGER IN GUINEA PIG ESOPHAGEAL EPITHELIAL CELLS

Becskeházi E.¹, Vér K.¹, Rábóczki B.¹, Venglovecz V.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

17.52 WHOLE EXOME SEQUENCING OF COLORECTAL TISSUE SAMPLES FROM THE HUNGARIAN POPULATION

Kalmár A.¹, Galamb O.¹, Wichmann B.¹, Barták B.², Nagy Z.², Zsigrai S.², Szigeti K.², Pipek O.³, Horváth-Medgyes A.³, Csabai I.³, Tulassay Z.¹, Igaz P.¹, Molnár B.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest; 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest; ², Department of Physics of Complex Systems, Eötvös Loránd University, Budapest, Hungary³

POSZTEREK / POSTER PRESENTATIONS

(Poszter diszkusszió a szünetekben)

1. GENE EXPRESSION PROFILING OF ADENOMA COLORECTAL CANCER TRANSITION WITH SPECIAL ATTENTION OF SPLICING EVENT FEATURES

Wichmann B.³, Nagy Z.¹, Barták B.¹, Udvardyné Galamb O.², Kalmár A.³, Szigeti K.¹, Zsigrai S.¹, Igaz P.¹, Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University and Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences³



Helicobacter pylori NEM INVAZÍV kimutatása

- A H. pylori infekció változatlanul a világ népességének több mint a felét érinti
- A fejlett országokban a 40 év alattiak csupán kb. 20 %-a baktériumhordozó
- Hazánkban a felnőttek H. pylori átfertőzöttsége 50-60 % közötti

Mikor érdemes vizsgálni a Helicobacter státuszt?

1. gyomor- vagy nyombélfekély,
2. gyomorhurut,
3. reflux,
4. fokozott savképződés a gyomorban,
5. diszkomfort érzés...

A hangsúly a diagnosztika egyszerűségén van!

A H. pylori kimutatásának egyik nemzetközileg is elfogadott módszere a ^{13}C -urea* alkalmazásán alapuló kilégzési teszt (UBT).

* ^{13}C -urea: radioaktív sugárzást ki nem bocsátó stabil, ezért az egészségre teljesen veszélytelen (nehéz) izotóppal „jelzett” urea (karbamid).

A módszer előnyei:

1. non invazív,
2. nem radioaktív,
3. nincs mellékhatás,
4. nem teratogén,
5. alkalmazható a metodika kisgyermekek, idősek, terhes- és szoptató anyák esetében is,
6. egyszerű,
7. gyors,
8. fájdalommentes.



Ne betegét, csak az általa kilégzett levegőt küldje vizsgálatra!

1. A vizsgálat során a beteg két alumínium zsákba ad levegőmintát: az első a vizsgálat előtti (kontroll) levegőminta, a második a ^{13}C -urea tablettát tartalmazó oldat után 20-30 perccel kilégzett.
2. A levegőminták analízise egy speciális műszer (infravörös gázanalizátor) segítségével történik.

A vizsgálat specificitása és szenzitivitása megközelítőleg 100%.

Igény szerint vállaljuk - a minták eljuttatása esetén - a kiértékelést és az eredmény visszaküldését, amelyet az Izinta Kft. szakorvosa végez el.

A lehetőségekről érdeklődjön az elérhetőségeink valamelyikén!

Szekeres Eszter
Termékmenedzser
Mobil: +36-20-916-2994
E-mail: eszter.szekeres@izinta.hu



Izinta Kereskedelmi Kft.
1121 Budapest, Konkoly Thege M. út 29-33.
www.izinta.hu

 **Quamatel®**
famotidin

25
ÉVES



Első* az egyensúly védelmében!



RICHTER GEDEON

*2017-ben a legtöbb beteg számára felírt H2 receptor-blokkoló. Forrás: www.oep.hu.

MAGYAR
GYÓGYSZER

1103 Budapest, Gyömrői út 19-21. Kardiológiai Marketing Osztály: +36 1 431 4026, www.richter.hu

Gyógyszerbiztonsági Osztály: +36 1 505 7032, drugsafety@richter.hu

Quamatel® 20mg, illetve 40mg filmtabletta. Hatóanyag: 20 mg, illetve 40 mg famotidin tablettánként. **ATC:** A02BA03. **Terápiás javallatok:** Nyombélfekély, jóindulatú gyomorfekély, gastroesophagealis reflux betegség, egyéb gyomorsav túlermeléssel 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, gastroesophagealis reflux betegség: 2x20 mg/nap 6-12 hétig, amennyiben oesophagitis is fennáll 20-40 mg/nap 12 hétig, egyéb gyomorsav túlermeléssel 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 mitét eltti. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely más segédanyagával szembeni túlérzékenység. **Gyermekkor, terhesség és szoptatás:** alkalmazása nem javasolt (elegendő klinikai tapasztalat hiányában). Különleges betegcsoportok: **Vesekárosodás:** Mivel a famotidin elsődlegesen a vesén keresztül választódik ki, ezért súlyos vesekárosodásban csak óvatossággal adható. **Májárosodás:** 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:** Gasztrointesztinális 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. **Osztályozás:** Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V). **Teljes ár/ TB támogatás/Térítési díj:** 20 mg filmtabletta (28x): 740 Ft/286 Ft/454 Ft; 20 mg filmtabletta (60x): 1546 Ft/612 Ft/934 Ft; 40 mg filmtabletta (14x): 608 Ft/236 Ft/372 Ft; 40 mg filmtabletta (30x): 1295 Ft/506 Ft/789 Ft. **Az árak 2018.05.01-től érvényesek.** Az esetleges változásokról a www.neak.gov.hu honlapon tájékozódhat. **A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** Richter Gedeon Nyrt., 1103 Budapest, Gyömrői út 19-21. **A forgalomba hozatali engedély száma(i):** 20 mg filmtabletta: OGYI-T-3848/01-02 (28x, 60x), 40 mg filmtabletta: OGYI-T-3848/03-04 (14x, 30x). **A szöveg ellenőrzésének dátuma:** 2015.09.29. Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását (www.oegyel.gov.hu).
Document ID: KEDP/DACQJB, Lezárás dátuma: 2018.05.03.

2018. június 4. hétfő
4 June, Monday
18.00 – 19.00

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

**KÖZÉPPONTBAN A FAMOTIDIN: 25 ÉV TAPASZTALATA ÉS A JÖVŐ
LEHETŐSÉGEI**

*FAMOTIDINE IN THE FOCUS: 25 YEARS OF EXPERIENCE AND FUTURE
OPPORTUNITIES*

RICHTER GEDEON SZIMPÓZIUM / RICHTER GEDEON SYMPOSIUM

Üléselnök/Chair:

Hersényi László, Budapest

Előadók/speakers:

Altörjay István, Debrecen,

Németh Attila, Budapest

2018. június 5. kedd
5 June, Tuesday
8.00 – 8.30

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

POSZTEREK ELHELYEZÉSE / MOUNTING OF POSTERS

2018. június 5. kedd
5 June, Tuesday
8.30 – 9.00

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

**REALTIME ONCOLOGY: BETEGÚT TERVEZÉS MESTERSÉGES
INTELLIGENCIA SEGÍTSÉGÉVEL. JÖVŐ A JELENBEN.
"A MESTERSÉGES INTELLIGENCIA NEM FOGJA LECSERÉLNI AZ
ORVOSOKAT. DE AZOK AZ ORVOSOK AKIK HASZNÁLJÁK, LE
FOGJÁK CSERÉLNI AZOKAT, AKIK NEM." (MESKÓ BERTALAN, ORVOSI
JÖVŐKUTATÓ)**

*REALTIME ONCOLOGY: ARTIFICIAL INTELLIGENCE TRIAGE. THE FUTURE
TODAY.*

*ARTIFICIAL INTELLIGENCE WILL NOR REPLACE DOCTORS. BUT DOCTORS
WHO USE ARTIFICIAL INTELLIGENCE WILL REPLACE THOSE, WHO
DON'T. (BERTALAN MESKO, MEDICAL FUTURIST)*

ONCOMPASS SZIMPÓZIUM / ONCOMPASS SYMPOSIUM

Üléselnökök/Chairs: Pap Ákos, Budapest Pajkos Gábor, Budapest

Előadó/Speaker: Schwab Richárd, Budapest

2018. június 5. kedd
5 June, Tuesday
9.00 – 11.00

Toscana I. terem
Toscana I. Hall

MERRE TOVÁBB MAGYAR GASZTROENTEROLÓGIA? QUO VADIS HUNGARIAN GASTROENTEROLOGY? FŐTÉMA / MAIN TOPIC

Moderátor/ Chair: **Hersényi László**, Budapest, **Altörjay István**, Debrecen , **Molnár Tamás**, Szeged

9.00 **BEVEZETŐ**
INTRODUCTION
Molnár Tamás, Szeged

9.05 **A DICSŐ MÚLT - HARCAINK ÉS EREDMÉNYEINK**
GLORY OF THE PAST – OUR FIGHTS AND RESULTS
Lonovics János, Szeged, Tulassay Zsolt (Budapest)

- 9.25 **A SZAKMAI DÖNTÉSEK HÁTTERE – AZ EGYEZTETÉSI FOLYAMATOK**
EVOLUTION OF PROFESSIONAL DECISION
 Wittmann Tibor, Szeged
- 9.40 **MIT ÉRTÜNK EL AZ ELMÚLT ÉVEKBEN ÉS MIT SZERETNÉNK MÉG?**
OUR RESULTS AND OUR HOPES
 Gurzó Zoltán, Gyula
- 9.55 **A GASZTROENTEROLÓGIAI SZAKMA A NEAK SZEMSZÖGÉBŐL**
NATIONAL HEALTH INSURANCE FUND OF HUNGARY'S OPINION ABOUT OF THE GASTROENTEROLOGICAL PROFESSION
 Gerendy Péter, NEAK, Budapest
- 10.15 **A DÖNTÉSHOZÓI OLDAL – MIT TETTÜNK EDDIG ROSSZUL ÉS MIT TEGYÜNK MÁSKÉPP?**
DECISION'S MAKER OPINION ABOUT GASTROENTEROLOGY- REPRESENTATIVE OF MINISTRY OF HUMAN CAPACITIES
 Emberi Erőforrások Minisztériuma képviselője
- 10.35 **AZ UTÁNPÓTLÁS JELENLEGI HELYZETE, JAVASLATOK A JÖVŐ FORMÁLÁSÁHOZ**
CURRENT SITUATION OF THE YOUTH, FUTURE PROPOSAL
 Bor Renáta, Szeged
- 10.45 **ZÁRSZÓ**
FINAL CONCLUSION
- 10.50 **HOZZÁSZÓLÁSOK, VITA**
DISCUSSION

2018. június 5. kedd
 5 June, Tuesday
 11.05 – 11.35

Toscana I. terem
 Toscana I. Hall

**KÉT ÉVTIZED TAPASZTALATA A COELIÁKIA DIAGNOSZTIKÁJÁBAN,
 ELKÜLÖNÍTŐ DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS A BETEGEK
 GONDOZÁSÁBAN /**

**TWO DECADES OF EXPERIENCE IN THE DIAGNOSTICS, DIFFERENTIALS
 AND MANAGEMENT OF COELIAC DISEASE
 REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE**

Üléselnök/Chair:

Bajor Judit, Pécs

Előadó / Speaker:

Juhász Márk, Budapest

2018. június 5. kedd
5 June, Tuesday
11.35 – 12.20

Toscana I.terem
Toscana I. Hall

MINŐSÉGI KÉPALKOTÁS AZ ENDOSZKÓPIÁBAN /
QUALITY IMAGING IN ENDOSCOPY
SZIMPÓZIUM / SYMPOSIUM

Üléselnök/Chair:

Tulassay Zsolt, Budapest

Rácz István, Győr

11.35 BEVEZETÉS

OPENING REMARKS

Tulassay Zsolt, Budapest

11.36 COLORECTALIS POLYPOK NBI OSZTÁLYOZÁSA

NBI CLASSIFICATION OF COLORECTAL POLYPS

Rácz István, Győr

11.50 ÚJDONSÁGOK AZ NBI TERÜLETÉN

NOVELTIES IN NBI

Mihály Emese, Budapest

12.05 AZ NBI ON-LINE OKTATÁSA

ON-LINE TRAINING OF NBI

Rácz István, Győr

12.10 MEGBESZÉLÉS, VITA

DISCUSSION

EBÉD / LUNCH

HELIPROBE KILÉGZÉSI TESZT

a *HELICOBACTER PYLORI* fertőzés kimutatására

A fertőzés jelenlétét a ^{14}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



2018. június 5. kedd
5 June, Tuesday
12.30 – 14.30

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

Hersényi László, Budapest

Varga Márta, Békéscsaba

Poszterbírálok:

Bajor Judit, Pécs; **Szalay Ferenc**, Budapest; **Czimmer József**, Pécs;

Czakó László, Szeged; **Pák Péter**, Esztergom

1. **EGY „MEGTÖRT SZÍV” ESETE AZ ERCP-VEL**

Scheili E.¹, Szamosi T.¹, Bakucz T.¹, Andrási P.¹, Rábai K.¹, Zsigmond F.¹, Hersényi L.¹, MH EK Gasztroenterológia¹

2. **ACUT PANCREATITIS+ICTERUS = ERCP?**

Andrási P.¹, Szamosi T.¹, Zsigmond F.¹, Hersényi L.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Gasztroenterológiai Osztály¹

3. **RARE DISEASE WITH RARE MANIFESTATION**

Csintalan Z.¹, Balla E.¹, Csefkó K.¹, Pink T.¹, Bagi A.², Vághy R.², Patai T.³, Bodor A.³, Tóth Lajos B.⁴, Varga M.¹, Department of Gastroenterology, BMKK - Réthy Pál Hospital, Békéscsaba¹, Department of Radiology, BMKK - Réthy Pál Hospital, Békéscsaba², Department of Pathology, BMKK - Réthy Pál Hospital, Békéscsaba³, Department of Surgery, SZSZBMK - Jósza András Hospital, Nyíregyháza⁴

4. **HASMENÉS, HASI GÖRCsök, PASSAGE ZAVAR... EZ CSAK CROHN-BETEGSÉG LEHET?**

Hajdu H.¹, Szamosi T.¹, Zsigmond F.¹, Farkas K.², Hentes T.², Iványi A.², Lestár B.², Lahm E.³, Gyüre K.⁴, Jakab K.⁴, Hersényi L.¹, 1 MH EK Gasztroenterológia¹, 2 MH EK Sebészeti Osztály², MH EK Onkológia³, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Radiológia⁴

5. **MELANOMA MALIGNUM COLON METASZTÁZISA – ESETISMERTETÉS**

Csesznok B.¹, Taller A.¹, Papp G.², Fecske É.³, Uzsoki utcai Kórház II. Belgyógyászati Osztály - Gasztroenterológia¹, Uzsoki utcai Kórház Sebészeti Osztály², Uzsoki utcai Kórház Patológiai Osztály³

6. **NEM MINDEN AZ, AMI ELSŐRE TŰNIK**

Virág A.¹, Suga B.¹, Bakucz T.¹, Vertse G.², Zsigmond F.¹, Hersényi L.¹, Gasztroenterológia, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ¹, II. Általános Sebészeti Osztály, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ²

7. **ULCERATIVE COLITIS INDUCED MYOCARDITIS – CASE REPORT**

Orbán-Szilágyi Á.¹, Schäfer E.¹, Zsigmond F.¹, Gyökeres T.¹, Hersényi L.¹, Budapest, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Honvédkórház, Gasztroenterológiai Osztály¹

8. **FIATAL FÉRFI BETEG TERÁPIA REZISZTENS COLITIS ULCEROSA MIATTI KOMPLEX BELGYÓGYÁSZATI – SEBÉSZETI ÉS POSTOPERATIV ELLÁTÁSA**
Lukovich P.¹, Sahin G.², Dakó S.⁵, Kovács M.³, Nagy Á.¹, Boga A.⁵, Simon B.¹, Csiba B.¹, Szent János Kórház, Sebészeti Osztály¹, Jahn Ferenc Kórház, Gastroenterológiai Osztály², Szent János Kórház, I Belgyógyászati Osztály³, Szent János Kórház, Anaesthesiológiai és Intenzív Terápiás Osztály⁴, Semmelweis Egyetem, II. Belgyógyászati Klinika⁵
9. **NEM MINDEN CROHN, AMI ANNAK FÉNYLIK. VAGY MÉGIS?**
Golovics P.¹, Schafer E.¹, Bakucz T.¹, András P.¹, Zsigmond F.¹, Banai J.¹, Szamosi T.¹, Herszényi L.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ-Gasztroenterológiai osztály¹
10. **A BOERHAAVE SYNDROMA KEZELÉSI LEHETŐSÉGEIRŐL EGY ESET KAPCSÁN**
Völgyi Z.¹, Fischer T.¹, Gasztonyi B.¹, Herman B.¹, Herr G.¹, Csutak K.², Fenyősi Z.¹, Kovács T.², Zala Megyei Szent Rafael Kórház, Belgyógyászati Osztály¹, Zala Megyei Szent Rafael Kórház, Intenzív Terápiás Osztály²
11. **APC-VEL SZERZETT TAPASZTALATAINK**
Kanyó B.¹, Lippai G.¹, Kalász G.¹, Dékány K.¹, Kerékgyártó O.¹, Nádas B.¹, Bördös A.¹, Bacskey B.¹, Szentkereszty B.¹, MH EK Gasztro-Endoszkópia Szakrendelés¹
12. **A VÉRZÉSFORRÁS KERESÉSÉNEK ÚTVESZTŐI - ESET BEMUTATÁS**
Rusznay K.¹, Varsányi M.¹, Szász N.¹, Orbán-Szilágyi Á.¹, Bördös A.¹, Bacskey B.¹, Szamosi T.¹, Rábai K.¹, Gyökeres T.¹, Herszényi L.¹, Vertse G.², Lestár B.², Szabó A.³, Árva I.³, Vallus G.⁴, MHEK Honvédkórház, Gasztroenterológia¹, II. Sebészet², Intenzív Terápiás Osztály³, Érsebészet⁴
13. **MALNUTRITION AS A RISK FACTOR TO IMPAIRED VACCINE RESPONSE IN PAEDIATRIC INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**
Boros K.¹, Müller K.¹, Cseh Á.¹, Dezsőfi A.¹, Arató A.¹, Veres G.², 1st Department of Paediatrics, Semmelweis University, Hungary¹, Department of Pediatrics, University of Debrecen, Hungary²
14. **FULMINÁNS AUTOIMMUN HEPATITIS A SCORE-OK ÁRNYÉKÁBAN**
Bakucz T.¹, András P.¹, Golovics P.¹, Suga B.¹, Szamosi T.¹, Zsigmond F.¹, Herszényi L.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Gasztroenterológia¹
15. **BILIARY HAMARTOMA AND RETROPERITONEAL HAEMANGIOENDOTHELIOMA. A CASE OF RARE BENIGN FOCAL LESIONS. DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC CHALLENGE**
Folhoffer A.¹, Mersich T.², Sándor Z.³, Krolopp A.¹, Németh D.¹, Szalay F.¹, 1st Dept of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Abdominal Surgery of National Institute of Oncology, Budapest, Hungary², Pathology of National Institute of Oncology³
16. **GONDOLSZ RÁ?**
Dezsőfi A.¹, Vajda D.¹, Szabó D.¹, I sz Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹
17. **HEPATOLÓGIAI/HAEMATOLÓGIAI/ENTERALIS BETEGSÉG GYANÚJÁVAL FELVETT, NEM ISMERT AIDS BETEG ESETE. FEL VAGYUNK RÁ KÉSZÜLVÉ/KÉSZÍTVE? ETIKAI ÉS JOGI DILEMMÁK.**
Horvát G.¹, Assani O.², Gasztroenterológiai Profil, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös¹, Központi Intenzív Osztály, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös²
18. **CASE REPORTS OF NON-OESOPHAGEAL HYPEREOSINOPHIL GASTROINTESTINAL DISORDERS**
Lukács M.¹, Hegedűs I.², Péterfi Z.³, Lakatos L.⁴, Vincze Á.³, Second Dept. of Medicine, Univ. of Pécs¹, Department of Pathology, University of Pécs², First Dept. of Medicine, University of Pécs³, Internal Medicine „Cholnoky” County Teaching Hospital⁴

19. **FUNKCIONÁLIS BETEGSÉG ROSSZ PROGNOZISSAL**
Suga B.¹, Bakucz T.¹, Szamosi T.¹, András P.¹, Zsigmond F.¹, Hersényi L.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ - Gasztroenterológia Osztály¹

20. **LIKE A „TWISTED SPONGE”. RARE MECHANISM OF A GIANT GASTRIC POLYP CAUSED SERIOUS IRON DEFICIENCY ANEMIA AND ITS ENDOSCOPIC SOLUTION**
Pécsi D.¹, Tóth L.¹, Magyarosi D.¹, Sepsi B.¹, Balog I.¹, Kokas M.¹, Pécsi G.¹, Karolina Kórház és Rendelőintézet Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia¹

21. **A DISEASE THAT HAS BEEN KNOWN FOR NEARLY 40 YEARS – WHY DO NOT WE THINK ABOUT IT?**
Liebe R.¹, Csák T.¹, Lippai D.², Dakó S.², Fintha A.³, Szűcs Á.⁴, Harsányi L.⁴, Sahin P.¹, Department of Gastroenterology, Hospital Jahn Ferenc, Budapest¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest², 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest³, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest⁴

22. **COMPARISON OF INTERNISTS’ AND FAMILY PHYSICIANS’ ASSESSMENT OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION**
Kalabay L.¹, Márkus B.¹, Matyasovszki M.¹, Vörös K.¹, Rurik I.², Hersényi L.³, Tulassay Z.⁴, Department of Family Medicine, Semmelweis University¹, Department of Family and Occupational Medicine, University of Debrecen², Department of Gastroenterology, Central Military Hospital, Budapest³, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University⁴

23. **ELSŐVONALBELI BIZMUTALAPÚ NÉGYES TERÁPIA HATÉKONYSÁGA A HELICOBACTER PYLORI ERADIKÁCIÓJÁBAN**
Varga M.¹, Patai Á.¹, Kolbenheyer E.³, Drác L.², Varga F.⁴, Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Gasztroenterológiai és Belgyógyászati Osztály, Szombathely¹, Szent László Kórház, Gasztroenterológiai Szakrendelés, Sárovar², MÁV Rendelő Intézet, Gasztroenterológiai Szakrendelés, Szombathely³, Dr. Batthyány-Strattmann László Kórház-Rendelőintézet, Gasztroenterológiai Szakrendelés, Kőrmend⁴, Állatorvostudományi Egyetem, Bioinformatikai Központ, Budapest⁵

24. **TISSUE-BASED IN SITU DETECTION OF THE CLARITHROMYCIN RESISTANCE FOR THE PERSONALISED HELICOBACTER PYLORI ERADICATION THERAPY**
Lotz G.¹, Kocsmár É.¹, Kramer M.¹, Szijártó A.², Buzás G.³, Bene L.⁴, Kocsmár I.¹, Szirtes I.¹, Kramer Z.¹, Röst G.⁵, Kiss A.¹, Schaff Z.¹, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest², Department of Gastroenterology, Ferencváros Health Centre, Budapest³, 1st Department of Medicine, Péterfy Hospital, Budapest, Hungary⁴, Bolyai Institute, University of Szeged, Szeged⁵

25. **COMPARING HELICOBACTER PYLORI DETECTING METHODS AND THEIR CORRELATION WITH HELICOBACTER PYLORI INDUCED STRUCTURAL ALTERATIONS**
Kocsmár É.¹, Szirtes I.¹, Kramer Z.¹, Kocsmár I.¹, Szijártó A.², Buzás G.³, Bene L.⁴, Bronsert P.⁵, Csanádi Á.⁵, Lutz L.⁵, Werner M.⁵, Wellner U.⁶, Kiss A.¹, Schaff Z.¹, Lotz G.¹, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest², Department of Gastroenterology, Ferencváros Health Centre, Budapest³, 1st Department of Medicine, Péterfy Hospital, Budapest, Hungary⁴, Institute of Pathology, University Medical Centre, Freiburg, Germany⁵, Clinic for Surgery, UKSH Campus Lübeck, Lübeck, Germany⁶

26. **DIFFERENCES IN CLARITHROMYCIN RESISTANCE RATES OF ERADICATION-NAIVE AND MACROLIDE-NAIVE HELICOBACTER PYLORI INFECTED PATIENTS – A LARGE SCALE CENTRAL HUNGARIAN STUDY**

Kocsmár I.¹, Kocsmár É.¹, Kramer M.¹, Szijártó A.², Buzás G.³, Bene L.⁴, Szirtes I.¹, Kramer Z.¹, Szénás K.⁵, Fadgyas-Freyler P.⁶, Kiss A.¹, Schaff Z.¹, Lotz G.¹, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest², Department of Gastroenterology, Ferencváros Health Centre, Budapest³, 1st Department of Medicine, Péterfy Hospital, Budapest⁴, Department of Pathology, Péterfy Hospital, Budapest⁵, National Institute of Health Insurance Fund Management, Budapest⁶

27. **HELICOBACTER PYLORI ERADIKÁCIÓ 2 ÉV ÖSSZEHOSONLÍTÁSÁBAN**

Gelley A.¹, Hardy V.¹, Birinyi P.², Szeli D.¹, Merényi K.¹, Döngölő L.¹, Németh A.¹, Nádai M.¹, Gasztroenterológiai Ambulancia, Betégápoló Irgalmas Rend Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest¹, Mikszáth Kálmán téri Gyógyszertár Budapest²

28. **ELSŐ TAPASZTALATAINK A COELIAKIA REGISZTERREL**

Bajor J.¹, Szakács Z.², Vincze Á.¹, Hegyi P.², Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai központ, I. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina intézet²

...NSAID-k által okozott gastroduodenalis fekélyek megelőzésére!¹



Noacid®
pantoprazol 20 mg, 40 mg

NO REFLUX

NO PROBLEM

Rövidített alkalmazási előírás:

Noacid® 20 mg gyomornedv-ellenálló tabletta ATC kód: A02BC02. **Minőségi és mennyiségi összetétel:** 20 mg pantoprazol tartalmaz gyomornedv-ellenálló tablettaként (ami megfelel 22,6 mg pantoprazol-nátrium szeszkvihidrátnak). **Gyógyszerforma:** Sárga, ovális, gyomornedv-ellenálló tabletta. Ismert hatású segédanyagok: maltit, olajmentes szójalecítin. **Terápiás javallatok:** Feldőtteknek és 12 éves, illetve annál idősebb gyermekeknek és serdülőknek. Tüneteket okozó gastro-oesophagealis reflux betegség. Reflux oesophagitis tartós kezelése és a relapszusok megelőzése. Felelőtteknek Nem szelektív, nem-szteroid gyulladáscsökkentők (NSAID-ok) által okozott gastroduodenalis fekélyek megelőzésére, tartós NSAID-kezelést igénylő és ezért kockázatnak kitett betegek esetében. **Adagolás és alkalmazás:** Felelőtteknek és 12 éves, illetve annál idősebb gyermekeknek és serdülőknek Gastro-oesophagealis reflux tüneti kezelése Naponta egyszer egy 20 mg-os Noacid® tabletta per os. A tünetmentesség elérése után a visszatérő tünetek napi egy 20 mg-os Noacid® tabletta szükség szerinti alkalmazásával kontroll alatt tarthatók. **Reflux-oesophagitis tartós kezelése és a relapszusok megelőzése** Tartós kezelésre, fenntartó adagként napi 1 db Noacid® 20 mg tabletta javasolt, a napi adagot 40 mg-ra kell emelni, ha relapszus következik be. Felelőttek Nem szelektív, nem-szteroid gyulladáscsökkentők (NSAID-ok) okozta gastroduodenalis fekélyek megelőzésére, tartós NSAID-kezelést igénylő és ezért kockázatnak kitett betegek esetében, A javasolt adag naponta egyszer egy 20 mg-os Noacid® gyomornedv-ellenálló tabletta per os. Az alkalmazás módja A Noacid® 20 mg tablettát szétrágás és összetörés nélkül, egészben, kevés vízzel, étkezés előtt 1 órával kell bevenni. Különleges betegcsoportok Súlyos májkárosodásban a napi 20 mg pantoprazol adagot nem szabad túllépni. Idős betegeknél és vesekárosodás esetén nem szükséges az adag módosítása.

Noacid® 40 mg gyomornedv-ellenálló tabletta ATC kód: A02BC02. **Minőségi és mennyiségi összetétel:** 40 mg pantoprazol tartalmaz gyomornedv-ellenálló tablettaként (ami megfelel 45,1 mg pantoprazol-nátrium szeszkvihidrátnak). **Gyógyszerforma:** Sárga, ovális, gyomornedv-ellenálló tabletta. Ismert hatású segédanyagok: maltit, olajmentes szójalecítin. **Terápiás javallatok:** Felelőtteknek és 12 éves, illetve annál idősebb gyermekeknek és serdülőknek. Reflux oesophagitis. Felelőtteknek Helicobacter pylori (H. pylori) eradikációja megfelelő antibiotikum terápiával kombinációban H. pylori-ozta fekélybetegség. Gyomor- és nyombélfekély. Zollinger-Ellison-szindróma és egyéb, krónikus gyomorsav-túlermeléssel járó állapotok. **Adagolás és alkalmazás:** Felelőtteknek és 12 éves, illetve annál idősebb gyermekeknek és serdülőknek Reflux oesophagitis Naponta egy Noacid® 40 mg tabletta. Egyes esetekben naponta 2-szer Noacid® 40 mg tabletta. Felelőtteknek H. pylori eradikációja megfelelő antibiotikumokkal kombinációban Duodenális és gastricus fekélyben, kimutatott H. pylori pozitív betegek esetén a kórokozó eradikálására kombinált kezelést kell alkalmazni. Naponta 2x1 Noacid® 40 mg tabletta. A kombinációs kezeléskor a második Noacid® 40 mg tablettát az esti étkezés előtt 1 órával kell bevenni. **Gyomorfekély kezelése** Naponta 1 db Noacid® 40 mg tabletta. Egyes esetekben dupla adagot lehet alkalmazni (emelés napi 2 db Noacid® 40 mg tablettára). **Nyombélfekély kezelése** Naponta 1 db Noacid® 40 mg tabletta. Egyes esetekben dupla adagot lehet alkalmazni (adag növelése napi 2 db Noacid® 40 mg tablettára). **Zollinger-Ellison-szindróma és egyéb, krónikus gyomorsav-túlermeléssel járó állapotok kezelése** A kezelés kezdetén szokásos adagja naponta 80 mg pantoprazol (naponta 2 tabletta Noacid® 40 mg). Ezt követően az adag nagyságát - a gyomorsav-szekréció függvényében - szükség szerinti növeléssel vagy csökkentéssel kell beállítani. Az alkalmazás módja A Noacid® 40 mg tablettát szétrágás és összetörés nélkül, egészben, kevés vízzel, étkezés előtt 1 órával kell bevenni. Különleges betegcsoportok A Noacid® 40 mg tablettát nem szabad alkalmazni H. pylori kombinációs kezelésére közepesen súlyos és súlyos májelégtelenség, valamint károsodott veseműködés esetén. Súlyos májkárosodásban a napi 20 mg pantoprazol adagot nem szabad túllépni. Idős betegeknél és vesekárosodásban szenvedő betegek esetén nem szükséges az adag módosítása.

Noacid® 20 mg, 40 mg gyomornedv-ellenálló tabletta **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával, szubsztituált benzimidazol-származékokkal, szójalecittal vagy bármely segédanyaggal, illetve a kombinációs készítményekkel szembeni túlérzékenység. **Különleges figyelmeztetések és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések:** Ez a gyógyszer olajmentes szójalecítint tartalmaz. Amennyiben a beteg allergiás maggyóval vagy szójával szemben, ne alkalmazza ezt a gyógyszert. A készítmény maltitot tartalmaz. Ritkán előforduló, örökletes fruktóz intoleranciában a készítmény nem szedhető. **Csonttörések** A protonpumpa-gátlók főként nagy adagok és hosszú távú alkalmazás során (több mint 1 év), mérsékeltten növelhetik a csípő-, csukló- és gerinc-törések kockázatát, főként idősekben, vagy olyan betegekben, akiknél egyéb ismert kockázati tényezők is fennállnak. **Hypomagnesémia** Az orvosnak fontolóra kell venni a magnéziumszint ellenőrzését a kezelés megkezdése előtt és rendszeres időközönként a kezelés során, azoknál a betegeknél, akik várhatóan hosszútávú terápiában részesülnek, vagy egyidejűleg digoxint vagy olyan gyógyszereket szednek, amelyek hypomagnesémiát okozhatnak (pl. diuretikumok). **Gastrointestinalis fertőzések** A kezelés kismértékben emelheti a gastrointestinalis bakteriális fertőzések, például a Salmonella, Campylobacter és C. difficile okozta fertőzések kockázatát. **Termékenység, terhesség és szoptatás:** A Noacid® tabletta alkalmazása terhesség során lehetőség szerint kerülendő. Mivel kiválasztódik az emberi anyatejbe, mérlegelni kell a kezelés folytatását vagy megszüntetését. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** A betegek mintegy 5%-ánál várható mellékhatások jelentkezése. A leggyakrabban jelentett mellékhatások a hasmenés és fejfájás; mindkettő a betegek mintegy 1%-ánál fordul elő. **Felhasználhatósági időtartam:** 3 év. **Megjegyzés:** + (egy keresztes), Oszályozás II. csoport, Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V). **Forgalomba hozatali engedély száma:** OGYI-T-20500/01-03 (20 mg); OGYI-T-20500/04-06 (40 mg). **Alkalmazási előírás** OGYEI dokumentum/engedély száma: OGYEI/541179/2017 (20 mg); OGYEI/54183/2017 (40 mg). **Forgalomba hozatali engedély dátuma:** 2008. 02. 22. (20 mg, 40 mg). **Forgalomba hozatali engedély legutóbbi megújításának dátuma:** 2015. 05. 27. (20 mg, 40 mg) **Szűvegellenőrzés dátuma:** 2017. 07. 31. (20 mg, 40 mg); **Forgalmazza:** Egis Gyógyszergyár Zrt., H-1106 Budapest, Keresztúri út 30-38. **Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!**

Árinformáció:

Noacid® 20 mg gyomornedv-ellenálló tabletta 28x: termelői ár: 618 Ft, fogy. ár: 851 Ft*
Noacid® 40 mg gyomornedv-ellenálló tabletta 28x: termelői ár: 804 Ft, fogy. ár: 1106 Ft*

* a "NEM TÁMOGATOTT" gyógyszerek körében az árak csak tájékoztató jellegűek. Ezek a készítmények szabadonvásárolhatók, az árak potikánként eltérhetnek.

1. Noacid alkalmazási előírás www.ogyei.gov.hu

MAGYAR
GYÓGYSZER
KÉZS KAPITÁNY, KÉZS A JÖVŐKÉ

További információk:
Egis Gyógyszergyár Zrt. Belföldi marketing főosztály, 1134 Budapest, Lehel u. 15.
tel.: 803-22-22, fax: 803-24-59, e-mail: marketing@egis.hu, honlap: www.egis.hu
Lezárás dátuma: 2018.02.28.

MB | MAGYAR
BRANDS
2017



60. Nagygyűlés

60th Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology**ELŐADÁSKIVONATOK***Abstracts
of Lectures and Posters*

2018.

Siófok, 2-5 June, 2018.
Siófok, Hotel Azúr, Hungary**Herszényi László**
elnök
president**Bene László**
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. Czakó László
Dr. Czimmer József
Dr. Dubravcsik Zsolt
Dr. Farkas Klaudia
Dr. Gervain Judit
Dr. Gyökeres Tibor
Dr. Hamvas József
Dr. Harsányi László
Dr. Hegyi Péter
Dr. Herszényi László
Dr. Horváth GáborDr. Hunyady Béla
Dr. Hritz István
Dr. Izbéki Ferenc
Dr. Lengyel Gabriella
Dr. Madácsy László
Dr. Maléth József
Dr. Molnár Tamás
Molnár Tiborné
Paulovicsné Kiss Melinda
Dr. Pakodi Ferenc
Dr. Papp Mária
Dr. Pár Alajos
Dr. Pár Gabriella
Dr. Rác István
Dr. Róka RichárdDr. Rosztóczy András
Dr. Sahin Péter
Dr. Sarlós Patrícia
Dr. Szőnyi Mihály
Dr. Schwab Richárd
Dr. Szalay Ferenc
Dr. Szepes Attila
Dr. Szepes Zoltán
Dr. Székely György
Dr. Tihanyi Balázs
Dr. Tornai István
Dr. Tulassay Zsolt
Dr. Varga Gábor
Dr. Vincze Áron

1

ÖSSZEFÜGGÉSEK VIZSGÁLATA KORÁBBI APPENDECTOMIA, CHOLECYSTECTOMIA ILLETVE A COLORECTALIS RÁK KIALAKULÁSA KÖZÖTT

Ábrahám S.¹, Németh T.¹, Benkő R.², Matuz M.², Tiszlavicz L.³, Seiben A.³, Molnár T.⁴, Farkas K.⁴, Lázár G.¹, SZTE ÁOK Sebészeti Klinika¹, SZTE GYK Klinikai Gyógyszerészeti Intézet², SZTE ÁOK Patológiai Intézet³, SZTE ÁOK 1. sz. Belgyógyászati Klinika⁴

Célkitűzés: Életünk során az akut appendicitis előfordulásának esélye kb. 6-7 %, incidenciája kb. 100/100.000 lakos évente. Egyes, nagy betegpopulációt felölelő kohort tanulmányok beszámoltak a colorectalis rákok (CRC) incidenciájának növekedéséről appendectomiát ill. cholecystectomiát követően. Vizsgálataink során arra kerestük a választ, hogy a CRC műtéten átesett betegeknél milyen arányban fordult elő az anamnezisben appendectomia illetve mutatók-e bal, ill. jobb colonefél oldalkülönbség az appendectomia tükrében. **Beteganyag és módszer:** 2015 és 2017 között 640 betegnél végeztünk CRC miatt műtétet. Retrospektív módon vizsgáltuk az anamnezisben az appendectomiák és a cholecystectomiák előfordulását. Megvizsgáltuk az appendectomiák illetve cholecystectomiák arányát a tumorlokalizáció valamint a jobb-, és a bal colonefél illetve rectum érintettség függvényében. Vizsgáltuk az eseteleges predisponáló tényezőket (nem, kor, alkohol fogyasztás, dohányzás, stb) illetve az appendectomiától eltelt időt is. **Eredmény:** Appendectomia a betegek 16,7%-ban (n=104), cholecystectomia 10,8%-ban (n=67), mindkét beavatkozás 2,9%-ban (n=18) történt a CRC műtét megelőzően. 96 esetben az appendectomia több mint 10 évvel a CRC műtét előtt történt. Jobb colonefél daganat miatt operált betegeknél kétszer gyakrabban (26,7 %-ban) történt megelőzően appendectomia, mint bal colonefél (13,6 %) vagy rectum tumoros (13,3) betegeknél. Cholecystectomiák tekintetében az arány 16,4%, 8,3%, 9,7 % volt. A különbség mindkét csoportban szignifikáns volt. Legnagyobb arányban, 33 %-ban a coecum tumoros betegeknél fordult elő appendectomia. Ha mindkét beavatkozás szerepelt az anamnezisben akkor a jobb colonefél dominancia 3x-ra emelkedett a bal colonefélhez illetve a rectumhoz képest (jobb colonefél: 6,2%; bal colonefél: 1,8 %; rectum 1,9%). **Következtetés:** Mind az appendectomia, mind a cholecystectomia kétszer gyakrabban fordul elő a jobb colonefél tumoros betegek anamnezisében, azonban az appendectomiás csoportban a gyakoriság kimagaslóbb. Mindkét beavatkozás együttes előfordulása tovább fokozza az oldalkülönbséget a CRC lokalizáció tekintetében. Mind az appendectomiát, mind a cholecystectomiát követően nagyobb valószínűséggel lehet CRC rák kialakulására számítani, azok valószínűleg más- más pathomechanizmussal bírnak, melynek pontos tisztázása további vizsgálatokat igényelnek.

2

ELTÉVEDT SZÖVEK- MI ÁLLHAT EGY FIATAL NŐ GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉSÉNEK HÁTTÉRÉBEN?

Ácsné Tóth A.¹, Schuller J.², Lukovich P.³, Schäfer E.¹, Csikós D.¹, Tari K.⁴, Medcover Klinika, Kórház és Fejlett Diagnosztikai Központ, Gasztroenterológiai részleg, Budapest¹, Róbert Károly Magánkórház, Belgyógyászati részleg, Budapest², Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Sebészeti Osztály, Budapest³, Semmelweis Egyetem Klinikai Központ Sürgősségi Betegellátó Osztály, Endoszkópos részleg, Budapest⁴

Bevezetés: A véres széklet minden esetben alarmizáló tünet, kivizsgálása alapvető fontosságú. A fejlett egészségüggyel rendelkező országokban a vastagbélvérzés hatására csökkent az idős betegek esetében a vastagbélrák incidenciája, ugyanakkor növekvő tendenciát mutat a vastagbél tumor a 30-40 közötti korosztálynál. A vastagbél vérzések eredetének felderítésében a colonoscopia vizsgálat ma már alapvető diagnosztikus módszer. **Esetismertetés:** Klinikánk endoszkópos szakrendelésén 30 éves fiatal nőbeteg jelent meg kivizsgálás céljából. A családban említésre méltó megbetegedés nem volt, anamnezisben Morbus Sacer, emlő fibroadenoma eltávolítás, spontán vetélés szerepelt. A szájjal nyálkahártyán időnként megjelenő fekélyek, hasi diszkomfort érzés, puffadás, bizonytalan hasi fájdalom mellett, átlagosan napi

3-szor volt híg széklete, időszakosan megjelenő friss vér miatt jelentkezett. Testsúlyát tartotta. Fizikális vizsgálat során kifejezett jobb alhasi nyomásérzékenységet jelzett, RDV negatív volt. Nőgyógyászati transzabdominalis ultrahang a végbél alsó részén egy 14x8 mm-es és a bal oldali ovárium mellett egy 11x8 mm-es terimét írt le. Tekintettel az időnkénti véres székletre, teljes colonoscopiát végeztünk narcosisban. Az endoszkóp felvezetése során kb. 10-12 cm-nél a lumenbe domborodó terimét észleltünk, melynek felszínén köldökszerű behúzódnak volt látható véres felhártya felszínnel, az asszisztens az eszközt nehezen tudta felvezetni, a fal merev volt. Az eszközt tovább vezetve kb. 15cm-nél pedig egy ép nyálkahártyával fedett bedomborodást találtunk. Mindkét elváltozásból szövettani mintát vettünk. **Megbeszélés:** Esetünk bemutatásával szeretnénk felhívni a figyelmet a fiatal korban egyre gyakrabban előforduló vastagbél tumor, gyulladásos bélbetegség lehetőségére, illetve egy olyan, véres széklet tünetével járó entitásra ahol is az egyre bonyolultabb vizsgálati módok mellett továbbra is fontos a jó anamnézis felvétel, és a más a határterületi megbetegedések ismerete, ami komoly segítséget jelenthet a pontos diagnózis felállításában.

3

ZENKER DIVERTICULUMOK TRANSCERVICALIS ÉS TRANSORALIS SEBÉSZI KEZELÉSE: ÖSSZEHASONLÍTÓ, RÖVID ÉS HOSSZÚ TÁVÚ EREDMÉNYEK

Andrási L.¹, Paszt A.¹, Simonka Z.¹, Ábrahám S.¹, Rosztóczy A.², Rovó L.³, Lázár G.¹, Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sebészeti Klinika¹, Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, I. sz. Belgyógyászati Klinika², Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika³

Bevezetés: Vizsgálatunkban a Zenker diverticulumok nyitott (transcervicalis diverticulectomia, cricomyotomia, továbbiakban TCD) és transoralis (transoralis stapler diverticulostomia, továbbiakban TSD) műtéti megközelítésből szerzett tapasztalatainkat mutatjuk be. Elemeztük és összehasonlítottuk a két különböző sebészeti megoldás rövid és hosszú távú eredményeit.

Betegek és módszerek: 2006.01.01. és 2016.12.31. között intéztünkben 29 beteget észleltünk panaszokat okozó Zenker diverticulummal. A betegek komplex gasztroenterológiai kivizsgáláson estek át a műtétet megelőzően és azt követően is. Összesen 33 műtét történt, 17 esetben TCD-t, 16 esetben TSD-t végeztünk. Értékeljük és összehasonlítottuk az eltérő megközelítésű műtéti kezelések eredményeit, azok hatékonyságát a panaszok függvényében. Hosszú távú (átlagosan 86 hónap) vizsgálatunkban az életminőség változásait mértük fel a nyelőcső funkcióval és a reflux betegséggel összefüggő tünetek tükrében valamint a beteg elégedettségén túl a kiújulást és ismételt műtétek esélyét elemeztük.

Eredmények: A betegek átlagosan 31 hónapos panaszos időszakt követően kerültek műtétre. Mindkét csoportban a vezető tünetegyüttes a súlyos dysphagia és a súlyos regurgitatio volt, az átlagos diverticulum méret csaknem megegyezett. Intraoperatív szövödményt nem észleltünk, mortalitás nem volt. 1 beteg vérzés miatt reoperatióra került a TSD csoportban (1/16), míg 1 betegnél igazoltunk pneumóniát műtét után a TCD csoportban (1/17). A kontroll vizsgálatok a TCD csoportban kielégítő postoperatív állapotot igazoltak, azonban a TSD csoportban a betegek fele panaszos maradt. 4 beteg esetében volt szükség ismételt beavatkozásra a transoralis műtétet követően, átlagos 50 hónapos (9-96 hónap) időszak után történt transcervicalis megoldás. Az életminőségre vonatkozó speciális kérdőívek megfelelő postoperatív nyelés funkciót és reflux kontrollt mutattak. **Következtetések.** A transcervicalis diverticulectomia és cricomyotomia és a transoralis stapler diverticulostomia alacsony morbiditással járó, hatékony beavatkozás. Utóbbi főleg idős, comorbid betegek esetében választandó, míg előbbi elsősorban fiatal betegeknél és kisebb diverticulum méret esetében javallt. Hosszú távon a betegek életminősége, nyelésfunkciója kielégítő, de TSD után nagyobb arányban számíthatunk a panaszok kiújulására és az ismételt műtétre.

4

ACUT PANCREATITIS+ICTERUS = ERCP?

Andrási P.¹, Szamosi T.¹, Zsigmond F.¹, Herszényi L.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Gasztroenterológiai Osztály¹

Előadásunkban egy 34 éves beteg esetét mutatjuk be. Osztályunkra acut pancreatitis miatt vettük fel. Felvételi laborleleteiből az emelkedett hasnyálmirigyzimek mellett a magasabb GOT, GPT, normál tartományban lévő ALP, emelkedett LDH, indirekt bilirubinaemia emelhető ki. Hasi UH splenomegáliát, valamint köves epehólyagot igazolt epeúttágulat nélkül. Jejunalis szondatáplálást alkalmazzunk, mely mellett a beteg állapota javult, azonban pár nappal később obstrukciós enzimek megemelkedtek, hasi UH intra- és extrahepaticus epeúttágulatot mutatott. ERCP elvégzése mellett döntöttünk, mely során a choledochusból sludge ürült. További 14 napos szondatáplálás mellett a beteg panaszai megszűntek, a máj- és hasnyálmirigy-enzimek regredáltak. A beteget panaszmentesen emittáltuk. Az időközben elvégzett perifériás vérkenet vizsgálata spherocyták jelenlétét igazolta, így hematológiai kivizsgálást javasoltunk. A spherocytosis egy örökletes betegség mely során a vörösvértestek bizonyos membránfehérjei hiányoznak, így a sejtek gömb alakot vesznek fel, és stressz hatására haemolízis következik be (amely epekő képződésére hajlamosíthat). A betegség kezelése általában tüneti, jelentős haemolízis esetén splenectomia javasolt.

5

BIOENERGETIC MALADAPTATIONS DURING ALPPS INDUCED LIVER REGENERATION

Anker P.¹, Czibere G.¹, Federics V.¹, Németh K.¹, Keczer B.¹, Budai A.¹, Fülöp A.¹, Sziártó A.¹, 1st Department of Surgery, Hepato-Pancreato-Biliary Surgical Research Center, Semmelweis University¹

Introduction: Associating Liver Partition and Portal vein Ligation for Staged hepatectomy (ALPPS) is a novel two-staged hepatectomy strategy, which induces immense regeneration in the remnant liver. However, the fast volume gain has the benefit for resectability, this technique presents alarmingly high mortality and morbidity rates. **Aims:** The aim of this study was to evaluate the background of this significant vulnerability of patients underwent ALPPS by assessing mitochondrial function and biogenesis during ALPPS induced liver regeneration in a rat model. **Materials and methods:** Male Wistar rats (n=100) underwent portal vein ligation (PVL) or ALPPS. The animals were sacrificed at 0 (without operation) and 24, 48, 72 or 168 hours after the interventions. Regeneration rate was calculated and proliferation index was assessed. Mitochondrial O₂ consumption was evaluated using high-resolution oxygraphy and ATP production was measured by spectrophotometry. Mitochondrial biogenesis was evaluated by the western blot measurement of the protein levels of the peroxisome proliferator-activated receptor gamma coactivator 1- α (PGC1- α) nuclear respiratory factor-1 and -2 (NRF1, NRF2) and mitochondrial transcription factor alpha (mtTFA). **Results:** The regeneration rate and the Ki-67 index were significantly elevated in the ALPPS group compared to the PVL group. (p<0,01) In the ALPPS group mitochondrial state 3 and state 4 ATP production and oxygen consumption levels were significantly lower 48h after the interventions comparing to the PVL group. (p<0,05) Along with this, mitochondrial biogenesis was diminished, as PGC1- α and NRF1 levels were significantly decreased 48 and 72h after ALPPS compared to the PVL group. **Conclusion:** The deteriorations in mitochondrial function and biogenesis alongside with the fast and energy demanding cell proliferation can cause the energetic destabilization of the hepatocytes, which might be a significant factor in the higher vulnerability of patients underwent ALPPS.

6

REGIONALLY DISTINCT ALTERATIONS IN THE COMPOSITION OF THE LUMINAL AND THE MUCOSA-ASSOCIATED MICROBIOTA IN A TYPE 1 DIABETIC AND A CHRONIC ALCOHOL-TREATED RAT MODEL

Bagyánszki M.¹, Wirth R.², Maróti G.³, Chandrakumar L.¹, Szalai Z.¹, Bódi N.¹, Mezei D.¹, Kovács K.⁴, Department of Physiology, Anatomy and Neuroscience, University of Szeged, Szeged¹, Department of Biotechnology, University of Szeged, Szeged², Biological Research Centre, Hungarian Academy of Sciences, Szeged³, Faculty of Dentistry, University of Szeged, Szeged⁴

Previously we investigated the structure and function of nitrergic myenteric neurons in the animal models of type 1 diabetes (T1D) and chronic ethanol consumption. Nitrergic myenteric neurons displayed different susceptibilities to diabetic damage and to insulin treatment in the different gut segments. Chronic alcohol administration did not result significant neuronal loss in the rat myenteric plexus, but primarily impaired the nitrergic pathways in gut region-specific way. Our aim was to map the composition of the luminal (LM) and the mucosa-associated microbiota (MAM) in the duodenum, ileum and colon in pathological rat models. Samples were collected 10 weeks after the onset of hyperglycaemia from streptozotocin (STZ)-induced diabetic, insulin-treated diabetic and control rats. Chronic alcohol-treated rats were given increasing concentrations of ethanol in tap water (v/v%) starting with 10% in the first, 15% in the second and 20% in the 3rd to 8th weeks. Lumen material was used to characterize LM, and tissue samples were used to demonstrate the MAM by using next-generation DNA sequencing. The LM samples from the diabetic ileum appear more suitable for diagnostic purposes than the colon. Characteristic rearrangements in LM composition were detected after insulin treatment, though the normal gut flora was not restored. In the duodenal MAM the ratio of Lactobacillus species decreased in T1D, while the members of the genus Mycoplasma appeared in a high proportion. Characteristic rearrangements were detected in both LM and MAM after chronic ethanol consumption. In the duodenal LM the ratio of class Bacteroidia was almost 3-times higher in the ethanol-treated group, while the abundance of classes Bacilli and Clostridia decreased compared to the control rats. In the duodenal MAM significant rearrangements were detected in the abundance of classes Bacteroidia, Betaproteobacteria, Bacilli and Clostridia.

7

ELSŐ TAPASZTALATAINK A COELIAKIA REGISZTERREL

Bajor J.¹, Szakács Z.², Vincze Á.¹, Hegyi P.², Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai központ, I. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina intézet²

Bevezetés: A coeliakia az egyik leggyakoribb genetikai hátterű betegség, melynek előfordulása az utóbbi évtizedekben nő. Hazánkban a coeliakiás betegek ellátásáról csak kevés adattal rendelkezünk, a betegek gondozása centrumonként eltérő. **Célkitűzés:** A multicentrikus, prospektív Coeliakia Regiszter célja, hogy képet kapjunk a coeliakia hazai előfordulásáról, a diagnosztika hazai gyakorlatáról. A klinikai adatok elemzésével a tünetekről, társbetegségekről, extraintesztinális manifesztációkról részletes, megbízható adatokhoz juthatunk. A vérminták, szövetszövetek elemzése további információkkal szolgálhat a betegség genetikai hátteréről, pathomechanizmusáról, a diéta hatásairól, annak eredményességéről. **Eredmények:** 2016 szeptemberben a Pécsi Tudományegyetemen a Transzlációs Medicina Központ Multidiszciplináris Kutatócsoportja kezdeményezésében web-alapú, prospektív adatgyűjtés indult, melyhez azóta 8 másik magyarországi centrum (3 gyermek és 5 felnőtt) is csatlakozott. A regiszter kialakítása óta 78 beteg került bevonásra, 78 vér, 54 vizelet és 6 duodenumbiopsziás mintát tárolunk Biobankban. Adataink feldolgozását megkezdjük.anyagunkban a férfi: női arány 1:3. A coeliakia klinikai képe változásának vagyunk tanúi, míg a 2000 előtt diagnosztizált betegek 73%-át klasszikus tünetekkel (hasmenés, fogyás) észleltük, a 2000 után diagnosztizáltak esetén a klasszikus esetek aránya már csak 42%. A betegek 11%-ában egyidejűleg dermatitis herpetiformis is jelen van és 43%-uknak van egyéb autoimmun társbetegsége (leggyakrabban, 32%-ban auto-

immun pajzsmirigy betegség). A metabolikus csontbetegség aránya 38%. Anémia a diagnóziskor 36%-ban, májfunkciós eltérés 14%-ban észlelhető. **Megbeszélés:** Az adatok feldolgozása során nyert tapasztalatok hozzájárulhatnak a betegellátás minőségének javításához és alapjául szolgálhatnak egy konszenzuson alapuló hazai irányelv kialakításának. A résztvevő kutatóhelyeken kívül további magyar, ill. nemzetközi kutatóhelyek csatlakozására is számítunk.

8 FULMINÁNS AUTOIMMUN HEPATITIS A SCORE-OK ÁRNYÉKÁBAN

Bakucz T.¹, András P.¹, Golovics P.¹, Suga B.¹, Szamosi T.¹, Zsigmond F.¹, Hersényi L.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Gasztroenterológia¹

Az autoimmun hepatitis az akut májtranszplantáció egyik leggyakoribb javallata. Gyakran jellegzetes a laboreltérés, időnként azonban májbiopszia elvégzése szükséges a diagnózis felállításához. Általában aktív chronicus hepatitisként jelenik meg, azonban az életet veszélyeztető fulmináns forma is előfordul. A 61 éves nőbetegét epigasztriális panaszok, láz, emelkedett cholestaticus enzimek miatt ERCP elvégzése céljából irányították osztályunkra. Alkoholt nem fogyasztott, gyógyszert nem szedett. Hasi ultrahang vizsgálat kőmentes cholecystat, normál tágasságú epeutakat ábrázolt. Laboratóriumi leleteiben hypalbuminaemia, kissé megnyúlt spontán INR volt látható. Tekintettel az közelmúltban tett külföldi látogatásaira mikrobiológiai-szerológiai vizsgálatok történtek: leptospirosis, akut hepatotrop, EBV, CMV vírusinfekció nem igazolódott. Az immunszerológiai vizsgálatok ANA Hep2 pozitivitást mutattak. Hasi CT vizsgálat malignus folyamat lehetőségét elvetette. Májbiopszia szövettani leletezése során autoimmun hepatitiszt véleményeztek. Ismételt rákérdezés a beteg elmondta, hogy ugyan gyógyszert nem szed, azonban különböző gyógynövényeket tartalmazó komplex készítményt használt korábban és még a bennfekvése során is. A készítmények elhagyását követően methylprednisolon kezelés kezdődött. A laboratóriumi értékei javuló tendenciát mutattak. A normális ammóniaszint ellenére azonban a beteg zavarttá vált. Koponya CT, MR, EEG és neurológiai vizsgálat metabolicus encephalopathiát diagnosztizált. Urgens MRCP vizsgálat cirrhosis hepatist, ascitest igazolt. Tekintettel progrediáló májelégtelenségre a SE Transzplantációs Klinikával vettük fel a kapcsolatot. Mivel az akut transzplantációs listára kerülés feltételei nem teljesültek, transzplantációs fázis I. vizsgálatok elvégzését javasolták, amelyet meg is kezdtünk. A beteg állapota azonban rapidan progrediált, intenzív osztályos kezelést igényelt. Ismételt konzíliumok alapján akut transzplantáció ebben az állapotban nem jött szóba. Végül a beteg keringési elégtelenség következtében exítált.

A fenti eset is jól példázza, hogy bár az autoimmun hepatitis konzervatív kezelésre jól reagáló kórkép, sikertelenség esetén azonban csak az időben elvégzett transzplantáció javíthatja a túlélést. Jelen esetben az autoimmun hepatitis fulmináns lefolyásában az ellenőrizhetetlen összetételű, sokszor ártalmatlannak ítélt gyógynövény-készítmények kóroki szerepe is felmerül.

9 FENTANYL EXACERBATES THE SEVERITY OF L-ORNITHINE-INDUCED EXPERIMENTAL ACUTE PANCREATITIS IN RATS

Bálint E.¹, Balla Z.¹, Kui B.², Kiss L.¹, Fűr G.¹, Venglovicz V.³, Palagi P.², Maléth J.², Hegyi P.⁴, Rakonczay Jr. Z.¹, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴

Introduction: Pain is a predominant symptom of acute pancreatitis (AP). Opioids are widely used for the management of pain associated with AP. Due to its good safety profile, the application of fentanyl is increasing. Saluja et al have demonstrated that morphine treatment worsened the severity of AP in mice. In our study we aimed to assess the effect of fentanyl on the severity of

AP. **Materials and Methods:** Wistar rats (200-250 g) received 3x0.1 or 3x0.2 mg/kg fentanyl intraperitoneally (i.p.) at 10 hourly intervals. AP was induced by 3g/kg L- ornithine i.p. 1 hour before (pre-treatment) or after the first fentanyl injection (post-treatment). Rats treated with L-ornithine and/or fentanyl were compared to their respective saline-treated controls. To determine AP severity, pancreatic water content, serum amylase, pancreatic myeloperoxidase activities were measured and histological parameters were evaluated. **Results:** In the pre-treatment group 3x0.2 mg/kg fentanyl significantly increased serum amylase, myeloperoxidase activities and necrosis in L-ornithine-induced AP. However, in case of pancreatic leukocyte infiltration 3x0.1 mg/kg fentanyl administration induced significant elevation compared to the AP group without analgesia, while the higher dose did not cause significant difference. Fentanyl injected after AP induction did not alter any histological or laboratory parameters. Fentanyl in itself did not significantly influence any of the measured parameters compared to the respective control groups. **Conclusion:** Fentanyl treatment exacerbated the severity of experimental AP in rats administered before AP induction, while it did not change the outcome of the disease injected after AP induction. Timing of analgetic administration may be crucial in determining disease severity. Acknowledgements: NKFIH, EFOP, GINOP, MTA

10 MIKROBIÓTA ÖSSZETÉTEL JELLEMZŐI ÉS JELENTŐSÉGE TOTÁL COLECTOMIÁN ÉS IPAA MŰTÉTEN ÁTESETT COLITIS ULCEROSÁS BETEGEKBEN

Bálint A.¹, Farkas K.¹, Kintses B.², Méhi O.², Madácsy T.³, Maléth J.³, Szántó K.¹, Rutka M.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Fábian A.¹, Bor R.¹, Varga A.¹, Molnár T.¹, Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged¹, Szintetikus és Rendszerbiológiai Egység, MTA Szegedi Biológiai Kutatóközpont, Szeged², MTA SZTE Momentum Egitő Szignalizáció és Szekréció Kutatócsoport, Szeged³

A colitis ulcerosa (UC) pontos etiológiája nem ismert, mindazonáltal a jelenlegi álláspont szerint a betegség genetikailag fogékony egyénekben a normál bélflóra kóros immunválaszának eredményeként létrejövő krónikus gyulladásos reakció eredménye. Bár patogenezisében specifikus lumenális antigén kóroki szerepe egyelőre nem igazolódott, egyre több adat szól amellett, hogy a bélflórát alkotó egyes baktériumok mennyiségének csökkenése, illetve funkciójának megváltozása, tovább más mikrobák elterjedése szerepet játszhat a betegség kialakulásában. Vizsgálatunk célja a bélflóra összetételének meghatározása volt totál colectomián és IPAA műtéten átesett UC-s betegekben, összehasonlítva különböző kiterjedésű UC betegekkel és egészséges kontrollokkal. A vizsgálatba a Szegedi Tudományegyetem I. sz. Belgyógyászati Klinikán gondozott UC-s, illetve totális colectomián és ileo-anális pouch (IPAA) képzésen átesett betegek kerülnek bevonásra. Klinikai és demográfiai adatokat egységes szempontok alapján gyűjtjük minden beteg esetén. A bevonás időpontjában vérvétel történik különböző szérum gyulladásos paraméterek megítélésére, továbbá székletmintát gyűjtünk, melyből a tápcsatornai mikrobiota és széklet calprotectin meghatározása zajlik. Mikrobiota összetétel 16S rRNS gén V4 hipervariábilis régióinak szekvenálási technikával történik. Az eddigiek során 27 totál colectomián és IPAA műtéten átesett (15 inaktív és 12 pouchitis), 17 UC-s (8 inaktív és 9 aktív) beteget vontunk be. A vizsgált csoportok átlagos életkora a bevonáskor 48,3 és 46,6 év volt; UC fennállásának átlagos ideje pedig 14,3 (min-max: 0,4-36,6) év volt. Az IPAA műtét óta eltelt átlag idő 5,6 (min-max: 0,1-16,6) év volt. A „pouch” csoportban 7 beteg kap folyamatosan 5-ASA, kortikoszteroid vagy immunmoduláns kezelést, míg jelenleg 20 beteg gyógyszermentes. Tíz UC-s beteg orális 5-ASA, 5 beteg lokális 5-ASA, 5 beteg orális kortikoszteroid és 5 beteg lokális kortikoszteroid kezelésben részesült. A medián széklet calprotectin a „pouch” csoportban 594,1 ug/g, az UC csoportban pedig 680,1 ug/g volt. A széklet mikrobiológiai szűrő vizsgálatok egy betegünkönél kevés *Geotrichum candidum* és 2 betegünkönél *Candida albicans* telepeket találtak, mely megerősíti a dysbiosis fennállá-

sát. A kvantitatív mikrobiom meghatározás jelenleg is zajlik, várhatóan a közeljövőben beszámolhatunk ezzel kapcsolatos legújabb eredményeinkről.

11

A SEBÉSZI KEZELÉS INDIKÁCIÓJA A CARDIATÁJÉK FUNKCIONÁLIS KÓRKÉPEIBEN

Bálint A.¹, Brenner B.¹, Herczeg G.¹, Máté M.¹, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Általános Sebészeti Profil, Budapest¹

A cardiatájék funkcionális kórképei közé a populációban gyakran előforduló gastro-esophagealis reflux betegség (GERD) és a meglehetősen ritka achalasia tartozik. Bár mindkét kórkép vonatkozásában evidence based szakmai irányelvek találhatók a nemzetközi sebészeti szakirodalomban, a hazai klinikai gyakorlatban sporadikusan több szakmai meg nem felelőség tapasztalható. Ez indokolja, hogy az említett kórképek sebészeti kezelésének indikációját áttekintsük és a jellegzetes tévedésekre felhívjuk a figyelmet. Munkacsoportunk téma iránti érdeklődését és elkötelezettségét jellemzi, hogy az 1995. január és 2016. december közötti időszakban 224 GERD és/vagy hiatus hernia valamint 86 achalasia miatti beavatkozást végeztünk. A klinikai kép, az endoszkopos vizsgálat és radiológiai képalkotó vizsgálatok mellett a nyelőcső komplex funkcionális vizsgálata (24 órás pH/impedancia vizsgálat, manometria /HRM) elengedhetetlen része a műtéti indikáció felállításának. A GERD-hez esetenként társuló vagy GERD nélkül meglévő hiatus hernia műtéti indikáció felállításában játszott szerepe illetve a komplex, megfelelően vezetett reflux ellenes konzervatív kezelés eredménytelenségének az értékelése a műtéti indikáció felállításában a leggyakoribb tévedések területe. Az achalasia előfordulásának egyik gyakorisági csúcsa fiatal életkorban található (20-30-as évek). Ezen betegcsoport esetében rövid távon összemérhető terápiás hatékonysággal rendelkezik az antireflux plasztikával végzett cardiomyotomia (Heller+Dor műtét) és a pneumatikus ballonos tágítás. A közép és hosszú távú eredményesség szempontjából a myotomia jelzetten hatékonyabbnak bizonyul, az előrement tágító kezelések a műtét kivitelezését nehezítik és az eredményeket ronthatják. Minden egyes betegnél a kivizsgálás protokoll szerinti elemei mellett a beteg individuális adottságainak és személyes kívánságainak a figyelembe vétele is lényeges eleme az indikáció felállításának. Optimális eredmény ott várható, ahol a témában elkötelezett gasztroenterológus, képalkotó diagnosztika, pathológus és sebész együtt van jelen a konszenzuson alapuló döntések meghozatalában és a sebészeti team kellően gyakorlott az említett cardia plasztikai műtétek elvégzésében.

12

KYNURENIC ACID AND ITS NOVEL ANALOGUE SZR-72 REDUCE THE SEVERITY OF EXPERIMENTAL ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS VIA NMDA-1 RECEPTOR

Balla Z.¹, Kui B.², Kormányos E.², Bálint E.¹, Kiss L.¹, Iványi B.³, Vécsei L.⁴, Fülöp F.⁵, Harazin A.⁶, Deli A.⁶, Venglovicz V.⁷, Madácsy T.², Maléth J.², Hegyi P.⁸, Rakonczay Jr. Z.¹, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Department of Neurology, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴, Institute of Pharmaceutical Chemistry, University of Szeged, Szeged, Hungary⁵, Molecular Neurobiology Research Unit, Hungarian Academy of Sciences – Biological Research Centre, Szeged, Hungary⁶, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary⁷, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁸

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. Furthermore, KYNA and SZR-72 function as antagonists of endogenous glutamate N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptors. Aim: We investigated the effects of KYNA and SZR-72 on NMDA receptors in experimental AP. Methods: mRNA and protein expression of pancreatic NMDA

receptors was detected by RT-PCR and immunohistochemistry, respectively. In the AP groups, SPRD rats (n=6-8) were injected i.p. with 3g/kg L-ornithine 1 hour after the administration of physiological saline (PS), 30-300mg/kg SZR-72 or KYNA. Control animals were injected with PS instead of L-ornithine and/or SZR-72 or KYNA. Laboratory and histological parameters were measured to evaluate disease severity. We determined propidium iodide fluorescence to evaluate the viability of isolated pancreatic acini in response to L-ornithine, KYNA and/or SZR-72 administration. Results: NMDA-1, but not NMDA-2 receptors were expressed in pancreatic tissue. Pre-treatment of AP rats with 30mg/kg SZR-72 or KYNA did not affect L-ornithine-induced AP severity. However, all laboratory and histological parameters in AP rats were significantly reduced in response to 300mg/kg SZR-72 or KYNA treatment. Incubation of L-ornithine-treated (10-20mM) isolated acini with 250µM/l KYNA or SZR-72 significantly increased cell viability. Conclusions: SZR-72 and KYNA have dose-dependent protective effects on L-ornithine-induced AP. Furthermore, we confirmed that NMDA-1 receptors are involved in this response. This study was supported by OTKA, GINOP, EFOP and MTA.

13

TÁPLÁLÁSTERÁPIA GASZTROENTEROLÓGIAI OSZTÁLYUNKON

Balla E.¹, Csefkó K.¹, Csintalan Z.¹, Gaál A.¹, Pepa K.¹, Zádori-Born A.¹, Varga M.¹, Gasztroenterológia-4. Belgyógyászat, BMKK, Dr. Réthy Pál Tagkórház, Békéscsaba¹

Bevezetés: Gasztroenterológiai Osztályunkon gyakran alkalmazunk enterális táplálást alultáplált betegeknek (BMI<20, MUST>1), valamint azoknál, akik várhatóan 5-7 napnál tovább nem fognak tudni enni, vagy 10 napnál tovább kevesebb mint 60%-át tudják elfogyasztani a kellő energia- és tápanyagmennyiségnek. Időnként parenterális táplálás is szükségessé válik. Leggyakrabban enterális táplálást daganatos betegségek, akut pancreatitis, Crohn-betegség, colitis ulcerosa, idős kor miatti táplálkozási zavar, decubitus, neurológiai- stroke betegek, májbetegek, rövidbél-szindróma esetében alkalmazunk. **Módszerek:** A tápláltsági állapot felmérését a MUST score segítségével végezzük. Iható, illetve szondatápszert alkalmazunk nasogatricus vagy jejunális szondán, PEG-en. A tápszereket tápanyag-, energia- és rosttartalom, illetve betegségspecifikusan választjuk ki. **Betegek:** Az elmúlt egy évben enterális táplálásban részesült osztályunkon és ambulanciánkon: 545 daganatos, 23 gyulladós bélbetegség miatt gondozott, 4 rövidbél szindrómás, 55 idős kor miatti táplálkozási zavarban szenvedő, 29 stroke- os, 19 akut pancreatitises (jejunális szondán), 48 decubitusos beteg. A enterális táplálással a tápláltsági állapotuk és ezzel az általános állapotuk javult. Néhány, kórosan lesoványodott, hiányállapotokkal küzdő, vékonybélbetegségben küzdő betegünknek a táplálásterápia életmentő volt. **Következtetés:** Enterális táplálás segítségével a betegek tápláltsági állapotát javítjuk, ezzel eredményesebb a kezelésük, gyorsabb a gyógyulásuk, jobb a komfortérzetük, rövidebb a kórházban töltött idő, kevesebbe kerül az ellátásuk. A dietetikusokkal még intenzívebb együttműködés, antropometriai vizsgálatok, táplálásfelmérő tesztek alkalmazása a malnutrició részletesebb kivizsgálásában segíthet.

14

OLYMPUS ENDOSZKÓPOS TARTOZÉKOK

Balogh E.¹, Anamed kft¹

Az endoszkópos beavatkozásoknak a folyamatos fejlődése maga után vonja az endoszkópos tartozékok fejlesztését is. Előadás során az új termékek bemutatása és a velük kapcsolatos információk átadása a cél. Az endoszkópos tartozékok használatának technikáit és a velük kapcsolatos gyakorlati ismeretek bemutatását első számú feladatnak tekintjük. Az előadásban bemutatásra kerül az asszisztensek feladata a többször használatos tartozékok használatára kapcsán, hogy ismerjék annak használatát, fertőtlenítési eljárásait és a vele való teendőket vizsgálat előtt, alatt és után. Az egyszer használatos tartozékok használatát, költséghatékonysága.

15

BLOOD COLLECTION TUBES AND CELL-FREE DNA ISOLATION METHODS INFLUENCE THE DETECTION OF METHYLATION ALTERATIONS IN COLORECTAL NEOPLASIA

Barták B.¹, Kalmár A.², Patai V. Á.¹, Galamb O.², Valcz G.², Wichmann B.², Nagy Z.¹, Zsigrai S.¹, Szigeti K.¹, Tulassay Z.², Igaz P.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary²

During colorectal cancer (CRC) development several epigenetic changes, including DNA methylation accumulate in tumor cells. Cell-free DNA (cfDNA) can originate from tumor cells; therefore the analysis of tumor-related methylated DNA in plasma can be a simple and promising minimally invasive method for cancer screening. Many cfDNA isolation methods and blood collection tubes preventing the release of genomic DNA and stabilizing cfDNA with preservative reagents became available. These factors may effect on the further liquid biopsy analyses. Our aim was to test preservative blood collection tubes, as well as manual and automated cfDNA isolation methods to determine whether these factors influence the cfDNA amount and the promoter methylation of 4 previously described hypermethylated biomarkers in plasma fraction. Three manual isolation methods (High Pure Viral Nucleic Acid Large Volume Kit; Epi proColon 2.0 Kit; Quick-cfDNA™ Serum & Plasma Kit) and automated sample preparation systems (InviGenius; InviGenius PLUS; MagNA Pure 96) were examined. Furthermore, K3EDTA tubes, Roche Cell-Free DNA tubes, and Streck Cell-Free DNA BCT® tubes were compared. Blood samples were collected from healthy (n=57), adenoma (n=60) and CRC patients (n=52). After cfDNA isolation and bisulfite conversion, the methylation level of SFRP1, SFRP2, SDC2, and PRIMA1 were defined with two-step MethyLight PCR. According to our observations, there are differences between the cfDNA amounts depending on the isolation methods. Higher cfDNA yield was observed using InviGenius and MagNA Pure 96 systems, than column-based manual method; however, InviGenius PLUS has produced lower cfDNA amounts. No remarkable variance could be found between the blood collection tubes; slightly higher cfDNA quantity was detected in 60% of plasma samples using Streck tubes. Moreover, we have ascertained that in point of methylation level and frequency, manual, column- based isolations produced more consistent results, though using automated cfDNA extraction systems, methylation differences still have been found between the clinical groups. Automated cfDNA extraction systems are easy-to-use, time-consuming and high- throughput techniques; however, further improvements in the isolation protocols might lead to the increase of the sensitivity of methylation analysis.

16

ALCOHOL DOSE-DEPENDENTLY IMPAIRS THE FUNCTION OF THE NA⁺/H⁺ EXCHANGER IN GUINEA PIG ESOPHAGEAL EPITHELIAL CELLS

Becskeházi E.¹, Vár K.¹, Rábóczi B.¹, Venglovecz V.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

Introduction: The incidence of inflammatory esophageal diseases shows an ascending tendency worldwide, in which regurgitation of gastric contents plays an important role. In order to avoid esophageal injury, the organ has epithelial protective mechanisms including the iontransporters. Several clinical studies indicate that alcohol predisposes the consumers to esophageal inflammatory diseases, but the cellular mechanism is not clear. In this study we examined the effects of ethanol (EtOH) on the esophageal epithelial iontransport mechanisms, especially on the function of the Na⁺/H⁺ exchanger (NHE). **Methods:** Esophageal epithelial cells (EECs) were isolated from guinea pig after an enzymatic digestion. Changes in intracellular pH was measured using the fluorescent dye, BCECF. For the determination of the starting pH the high- K⁺/nigericin method was used. Total buffer-

ring capacity of EECs was measured by the NH₄ pre-pulse technique. The effect of EtOH (0.1%, 1% and 10%) on NHE activity was estimated by the NH₄Cl pulse technique and the significant difference was determined by the paired t-test. **Results:** We have improved an EEC isolation technique, which allows the functional characterization of these cells. The starting pH of the EEC preparation was 7.59±0.011. EtOH dose-dependently decreased the intracellular pH of EECs and the activity of NHE (control group: 5,319, 0.1 % EtOH: 2,985 ±0,505; control group: 3,386, 1% EtOH: 2,347±0,33; control group: 3,424, 10% EtOH: 1,754±0,245). **Conclusion:** We optimized an EEC isolation technique by which the iontransport activity of EECs can be investigated. Our results have shown that alcohol induces acidosis and significantly impairs NHE function thus decreases the defensive mechanisms. In order to estimate the importance of these results in the pathology of inflammatory esophageal diseases further investigations are needed. This study was supported by the National Research, Development and Innovation Office (FK123982 to VV), the Economic Development and Innovation Operative Programme Grants (GINOP-2.3.2-15-2016-00015 to PH, GINOP-2.3.2-15-2016- 00020 to PH), the National Research, Development and Innovation Office, by the Ministry of Human Capacities (EFOP 3.6.2-16-2017-00006 to ZR), and by Bolyai Postdoctoral Fellowship of the Hungarian Academy of Sciences (HAS) to VV (bo_509_16)

17

NAGY MÉRETŰ HIATUSZ HERNIA MIATT VÉGZETT 39 TERVEZETT ÉS SÜRGŐS MŰTÉT TAPASZTALATAI

Besznyák I.¹, Dede K.¹, Papp G.¹, Saftics G.¹, Svastics I.¹, Bursics A.¹, Uzsoki utcai Kórház Sebészeti-Onkosebészeti Osztály¹

Bevezetés és módszer: a nagy méretű (III-as és IV-es típusú) hiatusz herniák a rekeszsérvek kis részét képezik, műtéti ellátásuk sokszor nem könnyű. Előadásunkban áttekintjük és elemezzük 2011.06.01.-2018.03.01. között III-as és IV-es típusú hiatusz hernia miatt operált betegek adatait, rövid- és hosszútávú eredményeinket. **Beteganyag és eredmények:** az Uzsoki utcai Kórház Sebészeti-Onkosebészeti Osztályán 2011.06.01-2018.03.01. között 15 esetben végeztünk kevert (III-as típus) hiatusz hernia, 24 esetben upside-down stomach (IV-es típus) miatt műtétet. 35 műtétünk elektív volt, 4 esetben kizárt, IV-es típusú hiatusz hernia miatt kényszerültünk sürgős műtetre. Sürgős műteteinket nyitott technikával végeztük, 4 esetből háromszor kellett reszekciós műtétet (szubtotális gyomorreszekciót, gasztrektómiát vagy teljes nyelőcső- és gyomoreltávolítást) végeznünk. Tervezett beavatkozásainkat egy kivételével laparoszkópos úton végeztük, 3 alkalommal kényszerültünk konverzióra. Idegentestet 3 alkalommal ültettünk be. Reszekcióval nem járó műteteinknél egy ízben végeztünk Dor-műtétet, 35 esetben Nissen- fundoplikáció történt. 30 napon belül reoperációt két elektív és két sürgős esetben végeztünk. 30 napon belül beteget nem veszítettünk el, 30 napon túl egy beteg hunyt el posztoperatív nem sebészi szövődmény miatt. 3 esetben észleltük recidív hiatusz hernia kialakulását. Kardiátájéki szűkület miatt egy alkalommal végeztünk a primer műtét után 8,5 hónappal Merendino-műtétet. **Megbeszélés:** a rekeszsérvek minimálisan invazív technikával történő ellátása még a technikailag nehezebben ellátható III-as és IV-es típusú hiatusz herniák esetében is biztonságos eljárás. A szövődményes esetek ellátása technikailag sokkal nehezebb, az esetek jelentős részében reszekciós műtetre kényszerülünk, a betegek életminősége ezáltal hosszútávon romlik. A hálóbeültetés szükségességével kapcsolatban kellő evidenciákkal nem rendelkezünk.

18

LONG-TERM OUTCOME OF TRANSPAPILLARY PANCREATIC DRAINAGE IN A SINGLE CENTER LOW-VOLUME CASE SERIES

Bodnár Z.¹, Barati E.¹, Bereznai S.¹, Gerdán J.¹, Plósz J.¹, Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Belgyógyászati Osztály¹

Fluid collections of pancreatic origin most commonly come from acute pancreatitis but other types of pancreatic duct (PD) damage

such as chronic pancreatitis, trauma or postoperative leak should be considered as well. When fluid collection communicates with PD leak transpapillary stenting may be an effective treatment option by changing the ductal drainage gradient towards the duodenum. Four cases with pancreatic fluid collections managed by transpapillary approach were reviewed. 2 male (age 55-58 years) and 2 female patients (age 30-32 years) were included. Three of four were linked to acute pancreatitis, one female patient (30 y) suffered from PD leak after emergency splenectomy. 2 male patients had acute pancreatitis of alcoholic origin. Possible PD leak was raised by previous cross-sectional images (CT/MRCP) and subsequent ERCP revealed it. In patients with acute pancreatitis transpapillary plastic double pigtail stents were introduced directly into the fluid collections while post-splenectomy PD leak required an alternative approach via the minor papilla allowing good access to the body and tail of PD. Immediate clinical improvement with regression of fluid collections were achieved in all cases. Plastic stents were removed after 6 and 8 months from 2 female patients showing complete resolution after 3 and 4 years of follow up. Male patients did not attend regular follow up. One of them underwent stent removal after 15 months showing complete clinical and significant radiological regression. The other male (58 y-old) patient who had undergone stenting more than 5 years before still did not attend any regular check-up but turned up twice (2 and 3 years after stenting) in the emergency unit with acute alcoholic intoxication and went home after overnight hospitalisation. In conclusion, pancreatic fluid collections in conjunction with PD leak may be effectively treated by transpapillary stenting techniques in selected cases. Although patients with acute pancreatitis of alcoholic origin seem to be reluctant to attend regular follow up appointments, the long stent indwelling time may be well tolerated still resulting in satisfactory long term outcome. Due to the complexity of the treatment multidisciplinary discussions involving gastroenterologist, interventional radiologist and surgeon should always precede the final therapeutic decision.

19

LOW NEGATIVE PRESSURE SUCTION YIELDS BETTER QUALITY SMEARS – PROSPECTIVE COMPARISON OF SLOW-PULL AND STANDARD SUCTION TECHNIQUES OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE-NEEDLE ASPIRATION

Bor R.¹, Vasas B.², Fábrián A.¹, Czákó L.¹, Farkas K.¹, Bálint A.¹, Rutka M.¹, Milassin Á.¹, Molnár T.¹, Hamar S.², Kaiser L.², Tiszlavicz L.², Szepes Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Introduction: Standard suction (SS) technique using a 10mL syringe is the recommended sampling technique of endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration (EUS-FNA) in the diagnosis of pancreatic cancer, but it often leads to elevated number of smears with increased bloodiness with no improvement in diagnostic accuracy. However, mainly retrospective studies are available about the detailed sampling methods of cancers of other organs, and in these cases, there are no evidence-based recommendations. Aim of our prospective study is to compare the diagnostic yield and quality of cytological and/or histological samples obtained by slow-pull (SP) and SS techniques of EUS-FNA. **Methods:** 378 EUS-FNAs were performed between January 2014 and December 2016 at the University of Szeged, 1st Department of Medicine. Histological and cytological samples were obtained from a total of 462 organs. In the prospective study we assessed the data of EUS-FNA samplings in which 22G needle and both techniques were applied. Patients with cystic lesions and EUS-FNA examinations with undocumented sampling technique were excluded from the study. We separately assessed and compared the efficiency of the two sampling techniques in soft, vascularized (liver, lymph nodes, adrenal gland, etc.) and hard, fibrotic neoplasia (pancreatic cancer, submucosal neoplasia, etc.). The quality of EUS-FNA samples was assessed based on the number of obtained and diagnostic smears, bloodiness, cellularity and diagnostic yield. **Results:** 56 soft (39 lymph nodes, 9 primary

or metastatic liver, 2 Klatskin, 2 pararectal and 3 mediastinal lesions) and 147 fibrotic (145 pancreatic and 2 abdominal) tumors were enrolled. In cases of hard, fibrotic tumors the diagnostic yield of the sampling (67.35% vs. 68.02%) and the cellularity of smears did not differ significantly between SP and SS groups (1.44 vs. 1.27), however it was substantially higher in case of soft tumors using SP technique of EUS-FNA (60.71% vs. 46.43% and 1.34 vs. 0.77; $p < 0.001$). The SS techniques resulted in significantly higher number of smear pairs both in soft, vascularized (1.74 vs. 3.19; $p < 0.001$) and fibrotic tumors (1.62 vs. 3.28; $p < 0.001$), but at the same time the proportion of diagnostic samples decreased (46.51% vs. 36.52% and 49.17% vs. 30.67%; $p = 0.003$). The SS technique substantially increases the bloodiness of smears independently from tumor (in soft tumors: 1.50 vs. 2.06 and in fibrotic tumors: 1.48 vs. 2.05). Histological samples were obtained in almost the same proportion of soft and fibrotic cancers (76.87% vs. 82.17%), and their diagnostic yield did not differ between subgroups (69.01% and 71.74%). **Conclusion:** Independently from tumor consistency, the low negative pressure suction generated by SP technique yields better quality smears. The lower bloodiness and decreased number of slides could make the pathological diagnosis faster and more cost-effective. In case of vascularized tumors, the higher negative pressure suction resulted lower diagnostic yield, therefore we recommend the SP technique as the first method in the EUS-FNA sampling of soft tissues, such as lymph nodes and liver cancers.

20

ÁPOLÓ, SZAKÁPOLÓ ÉS ENDOSZKÓPOS SZAKASSZISZTENS KÉPZÉSEK NÉMETORSZÁGBAN

Bordi K.¹, Agaplesion gemeinnützige AG, Frankfurt¹

Németországban három különböző ápolói képzés létezik: (beteg)ápoló, idős ápoló, gyermekápoló. A képzés időtartama három év és összesen 4600 óraszámra áll, ami elméleti képzést és klinikai gyakorlatot foglalja magába. Az ápoló képzésre történő felvétel feltétele minimum 10 éves általános iskolai végzettség. A képzésen való részvételhez a tanuló tanulószerveződést köt azzal az egészségügyi intézettel, ahol a klinikai gyakorlatot tölti. Az ezzel együttműködő szakképzést végző oktatási intézetben történik az elméleti oktatás. A felvételt egy bemutatkozó beszélgetés előzi meg, ahol az adott egészségügyi intézet és szakiskola a felvételtől együtt hoz döntést. A képzés során az egészségügyi intézet a tanulóknak fizetést ad. Az államvizsgával záruló ápoló képzés megfelel az Európai Parlament és Tanács 2005/36/EK szakmai képesítések elismeréséről szóló irányelvnek, így az EU valamennyi országában elismert. Jelenleg egy új ápolóképzést szabályozó törvény (Pflegeberufegesetz) készül bevezetésre, amely az ápolóképzés generalisztikus képzéssé történő átalakítását célozza meg. A képzés továbbra is szakiskolákhoz kötött, de az új jogszabály modellkonceptciók keretein belül lehetővé teszi a szakiskolai és felsőfokú képzés kombinációját is. Az ápoló képzésre épülnek a két éves állami szakápoló továbbképzések (intenzív és aneszteziológia, onkológia, gerontopszichiátria, stb.). Ezek szabályozása a tartományok hatáskörébe tartozik és a Német Kórház-társaság (DGK) javaslatai alapján történik. A továbbképzések száma tartományonként változhat, de az egyik tartományban megszerzett szakápolói végzettség a többi tartományban is elismert. Ezen kívül minden szakterületen több államilag nem szabályozott továbbképzés elvégzése is lehetséges. Az Endoszkópos szakápoló képzés szintén két éves és 720 elméleti és 1800 gyakorlati óraszámra áll. Az elméleti képzés moduláris formában zajlik a gyakorlati képzés meghatározott szakterületen gyakorlati vezető felügyelete alatt történik. A képzés célja olyan szakmai, szociális és személyes kompetenciák fejlesztése, amelyek az endoszkópos beavatkozások előtt, alatt és után felmerülő sokszínű ápolási tevékenységek elvégzéséhez szükségesek. A szakmai képzés költségeit általában a munkaadó viseli.

21

MALNUTRITION AS A RISK FACTOR TO IMPAIRED VACCINE RESPONSE IN PAEDIATRIC INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Boros K.¹, Müller K.¹, Cseh Á.¹, Dezsőfi A.¹, Arató A.¹, Veres G.²,
1st Department of Paediatrics, Semmelweis University, Hungary,
Department of Pediatrics, University of Debrecen, Hungary²

Introduction: Patients with inflammatory bowel disease (IBD), such as Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC) may have a higher risk for infections due to underlying disease, malnutrition or immunosuppressive therapy. The fat free mass (FFMI) shows the metabolically active part of the body, and therefore it seems to be a better marker for estimating the nutritional status. **Aims:** The aim of our study was to investigate the responsiveness of hepatitis B vaccinations depending on the patients nutritional status. According to our knowledge there is no other study analysing FFMI to specify the nutritional status by estimating the level of malnutrition **Method:** Weight, Body Mass Index (BMI) and FFMI values were investigated to estimate the nutritional status of our patients. FFM was measured using bioimpedance. Patients FFMI values were compared with age and sex paired controls (C). To check the response to the previously administered hepatitis B vaccine anti-HBs titers were determined. A level >100 IU/l was accepted as seroprotective. **Results:** Our study involved 25 IBD patients (CD: 16, male: 14, mean age: 14.72, range: 12.11-18.78). Only 8 patients had a seroprotective anti-HBs titers (responder group, R, n=8). 13 patients did not have a seroprotective anti-HBs titer (non-responder group NR, n=13) following immunisation. However, weight (R: -0.71; NR: -1.13), and BMI (R: -0.99, NR: -1.24) z-scores were in normal range. In addition, FFMI was lower in both R and NR group compared to C (R vs. C: p<0.005, NR vs. C: p<0.0005). Related to nutritional status, there was no difference between the R and NR group. **Conclusion:** Interestingly, in our study the nutritional status was not a significant factor in the anti-HBs seroprotection level. It seems that immunosuppression in paediatric IBD patients did not have a significant effect on malnutrition status.

22

IBD-S BETEG KÁLVÁRIÁJA. ESETBEMUTATÁS.

Budai J.¹, Gurzó Z.¹, Netye Z.¹, Bányainé Bodonyi K.¹, Kádár T.¹,
Izsáka A.¹, Balogh E.¹, Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán
Tagkórház, Endoszkópos Labor¹

Bevezetés: Az IBD-s betegek esetében nehézkes a Crohn-Colitis differenciált diagnosztikája. Egy 42 éves nőbeteg történetén keresztül szeretném bemutatni hogy milyen klinikai tüneteken át és diagnosztikus eseményeket követően derült fény a M. Crohn-ra. **Esetbemutató:** 1994-ben jelentkeztek a betegnél hasi panaszok, gyakori híg széketürítés, és fogyás. Colonoscopia során, valamint a hisztológiai kép alapján Colitis ulcerosa-t diagnosztizáltak kórházunkban. Az alkalmazott terápia nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket, valamint a tapasztalható tünetek alapján M. Crohn lehetősége vetődött fel. További vizsgálatokat elvégezve az eredmények mégsem támasztották alá a M. Crohn gyanúját. 15 évvel a diagnózis felállítását követően kontroll colonoscopia során már szűkületet is leírtak. Ekkor totál colectomiát javasoltak. A beteg határozottan elzárkózott a lehetséges beavatkozástól, és gondozásra sem járt többé. 2016-ban rossz általános állapot, hasi fájdalom és láz miatt került a kórházba. Kivizsgálása során sigma-táji abscessusra derült fény. Korábbi leleteit áttekintve és a vizsgálati eredményeket összevetve M. Crohnt véleményeztek. A szűkült bélszakasz eltávolítását javasolták, mely meg is történt. A rectum megtartása mellett ascendo-rectostoma műtétet végeztek. A beteg állapota ezt követően sokat javult és jelenleg is jól van. **Konklúzió:** Nem egyszerű az IBD-s betegek esetében a pontos diagnózis felállítása. Rendkívül körültekintő módon objektív és szubjektív tüneteket figyelembe véve, endoscopos kép és hisztológia alapján többször is átgondolva a történések lehet megnyugtató választ adni a feltett kérdésre: Crohn/Colitis?

23

PREVALENCE OF C13910 POLYMORPHISMS IN PATIENTS WITH SYMPTOMS OF MILK INTOLERANCE: A PROSPECTIVE STUDY AND ANALYSIS OF A BIRTH-COHORT PHENOMENON

Buzás G.¹, Department of Gastroenterology, Ferencváros Health Centre, Budapest¹

Introduction. Adult-type hypolactasia is the most prevalent carbohydrate malabsorption. In a retrospective study, we showed that in patients with symptoms of milk intolerance, the genetic test is highly accurate and can be used as the gold standard in the diagnosis of lactose intolerance. Aims of the study: to assess prospectively the prevalence of C13910 genotypes in patients with milk intolerance symptoms and analyse the birth-cohort phenomenon in lactose intolerant patients. **Material and methods.** Seven hundred and seventy patients with symptoms of milk intolerance were enrolled in a prospective study between 2014 and 2017. All cases underwent genetic testing on fee-for-service basis, by determining the C13910 genotype using a Taq-Man polymerase chain reaction (Genoid Molecular Diagnostic Laboratory). Written informed consent was obtained in all cases. The distribution of C13910 genotypes was determined and the prospective results were statistically compared with our retrospective study. The prospective and retrospective cases were combined, resulting in 1267 patients. Birth-cohort periods were defined as decades between patients born before 1939 and after 1990 and the prevalence of C13910 genotypes was calculated for each period. **Results.** Five hundred and seventeen females (67.14%) and 253 males (32.8%) were included. The prevalence of the CC genotype was 43.1%, TC was detected in 44.3% and TT in 12.6% of the cases. The corresponding prevalences in our retrospective cohort were 47.9%, 41.5% and 11.5%, respectively. There was no significant difference between genotype prevalences in the retrospective and prospective cohorts. The prevalence of the lactase non-persistent CC genotype showed an incremental increase from 30.03% in those born before 1939 to 39.1% (1940-1949), 31.2% (1950-1959), 36.4% (1960-1969), 47.1% (1970-1979), 47.5% (1980-1989), and 50.2% (patients born after 1990), with corresponding decrease in TC and TT prevalence. The increase was more pronounced in females. **Conclusions.** In patients with symptoms of milk intolerance, the prospective and retrospective prevalence of the lactase non-persistence CC genotype is similar. The incremental increase of CC genotype prevalence is probably due to environmental factors exerting a selection pressure.

24

GERD: DIAGNOSTIC PARALLELS OF EXPRESS-ESOPHAGO-GASTRO-PH-MONITORING

Chernobrovyy V.¹, Melaschenko S.², Ksenchyn O.³, Chernobrova O.⁴, Department of internal and family medicine.National Pirogov Memorial Medical University,Vinnitsya, Ukraine.¹,Department of internal and family medicine.National Pirogov Memorial Medical University,Vinnitsya, Ukraine.²,Department of internal and family medicine.National Pirogov Memorial Medical University,Vinnitsya, Ukraine.³,Endocrine Center⁴

Introduction. Traditionally diagnostics of GERD is the orientation towards pathogenetic symptoms (heartburn, regurgitation), standardized questionnaires (GerdQ) in combination with functional (outpatient daily esophago-gastro-pH monitoring) and morphological diagnosis (endoscopy). **Objective-patients.** We analyzed the diagnostic parallels of express-esophago-gastro-pH monitoring (up to three hours) in 86 ambulatory GERD patients with comorbidity: functional gastric dyspepsia, obesity with hyperleptinemia (31.19 ± 5.42 ng/ml). **Methods-results.** It has been established that three-hour esophago-pH monitoring allows diagnosing pathological gastroesophageal acid reflux, the presence or absence of pathological acid gastroesophageal reflux, depending on the presence or absence of heartburn (2 times per week and more) were not reliable ($\chi^2 = 0.008$, $p > 0.05$). However, according to the results of a three-hour esophago-pH monitoring, the number of acid gastroesophageal reflux with positive

results of the GerdQ questionnaire was significantly ($p < 0,05$) higher than the negative results of the GerdQ (11.48 ± 1.91 versus 5.0 ± 1.05). The indicated relationship between pathological acid gastroesophageal reflux according to the data of three hour esophago-pH-monitoring and the results of the GerdQ questionnaire was confirmed by the criterion of the relationship $\chi^2 = 5.70$ ($p = 0.02$). When using the GerdQ questionnaire ($n = 57$), the GERD was diagnosed in 33 patients. The sensitivity of the GerdQ questionnaire was 75.8 %, the specificity - 58.3%. Thus, the diagnostic efficiency of the questionnaire was 68.4 %. According to the data of express-gastro- pH monitoring in patients with GERD and obesity ($n = 29$), basal normo- hyperacidity ($pH = 0.9-2.2$) was found in $60.73 \pm 6.73\%$ of all measurements of pH, confirms the expressed acid-dependent nature of the comorbid GERD, and is an indication for the acid-suppressive therapy of PPI. We have established a relationship between the data of express-esophago-pH-monitoring (the number of acid gastroesophageal refluxes) and the results of daily esophageal-pH-monitoring; $r = 0.88$ (95% confidence interval - DI 0.76-0.95, $p < 0.0001$).

Conclusions. Express-esophago-gastro-pH monitoring (up to three hours) according to diagnostic parallels has sufficient diagnostic information about acid-dependent pathology, in particular, comorbid GERD.

25

MELANOMA MALIGNUM COLON METASZTÁZISA – ESETISMERTETÉS

Csesznok B.¹, Taller A.¹, Papp G.², Fecske É.³, Uzsoki utcai Kórház II. Belgyógyászati Osztály - Gasztroenterológia¹, Uzsoki utcai Kórház Sebészeti Osztály², Uzsoki utcai Kórház Patológiai Osztály³

Bevezetés: A colorectális rosszindulatú daganatok kevesebb, mint 1%-a szekunder eredetű. Az egyik leggyakoribb vastagbélben metasztázist képző daganat a melanoma malignum, melynek kiindulási helye az esetek döntő többségében a bőr, ahonnan bármelyik szervbe tud áttétet képezni. Extrém ritka esetekben primeren a gyomor-bél rendszerben képződik. A melanoma gasztrointesztinális traktusba adott metasztázisának előfordulási gyakorisága, felsorolási sorrendben: máj, hashártya, hasnyálmirigy, vékonybél, lép, gyomor, vastagbél, nyelőcső, az epeutak és epehólyag áttéte pedig extrém ritkaság. Ezen áttétek gyakran tünetmentesek vagy tünetszegények, valamint a képalkotó vizsgálatok során ritkán ábrázolódnak, mely szintén nehezíti a felismerést.

Esetismertetés: Egy 69 éves férfibetegünknek 3 éve hát bőréről melanoma malignum eltávolítása történt. Kontroll PET CT vizsgálat bal oldali mellékvese térfoglalását igazolta, valamint a szigmban FDG halmozást írt le. Komplet colonoscopia során a szigmból benignus polypust távolítottunk el, malignitás nem igazolódott. Resecabilisnak ítélt képlet miatt sebészeti osztályunkon a beteget opusra előjegyezték. Műtét előtt kontroll endoscopus vizsgálatokat végeztünk, mely során a coecumban stenotizáló térfoglaló folyamatot észleltünk (1 év elteltével a korábbi colonoscopiahoz képest). Szöveti vizsgálat melanoma malignum metasztázisát verifikálta. Egy hónappal később sebészeti osztályunkon sikeres jobb oldali hemicolectomiát és bal oldali adrenalectomiát végeztek. Hisztológiai vizsgálat a mellékvesében is melanoma metasztázisát véleményezte. A jelenleg is panaszmentes beteget további kezelés céljából melanoma centrumba irányítottuk. **Összefoglalás:** A melanoma malignum bármikor, akár évekkel-évtizedekkel a primer tumor megjelenését és kezelését követően áttétet képezhet a gasztrointesztinális traktusba. A colonban lévő metasztázis ritka, megjelenése rossz prognózist jelez, a tumor gyors növekedése miatt időben való felfedezése nehéz. Esetünkben egy év alatt képződött a coecumban nagyméretű áttét, mely alapján javasolt a melanoma hasba adott metasztázisának tervezett műtétje előtt colonoscopia elvégzése.

26

FIATAL FÉRFI BETEG TERÁPIA REZISZTENS COLITIS ULCEROSA MIATTI KOMPLEX BELGYÓGYÁSZATI – SEBÉSZETI ÉS POSTOPERATIV ELLÁTÁSA

Csiba B.¹, Lukovich P.¹, Simon B.¹, Sahin P.², Kovács M.³, Boga A.⁴, Dakó S.⁵, Szent János Kórház, Sebészeti Osztály¹, Jahn Ferenc Kórház, Gasztroenterológiai Osztály², Szent János Kórház, I. Belgyógyászati Osztály³, Szent János Kórház, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály⁴, Semmelweis Egyetem II.sz. Belgyógyászati Klinika⁵

Bevezetés: A gyulladásos bélbetegségek műtéti ellátásának megfelelő időzítése, a sebészeti technika kiválasztása, a beteg adekvát pre- és posztoperatív ellátása komplex feladat, melyek mindegyike radikálisan javítja az egyébként nagy szövődmenyaránnal járó betegek hosszú távú eredményeit. Ezt felismerve a betegek kezelésére a világon specialistákból (gasztroenterológus, sebész, radiológus, dietetikus) álló csapatok alakulnak. **Esetismertetés:** 18 éves férfi beteg fél éves terápia rezisztens colitis ulcerosa, 40 kg-os fogyás, napi 20-30 nyákos székürítés után került sebészeti osztályra, ahol az igen rossz tápláltsági állapotban levő betegnél minimál invazív műtétet végeztünk: 3 portból laparoscopus procto-colectomiát, ileo-rectalis anastomosissal. A speciment transrectalisán távolítottuk el. A posztoperatív szakban a tehermentesítő ileostomán keresztül napi 4000-5000 híg vékonybél-tartalom ürült, a komplex enterális – parenterális táplálás a sebészeti osztályon sikertelen volt, ezért a beteget táplálásterápiával foglalkozó osztályra helyeztük, ahol az általánosan alkalmazott protokoll alapján dietetikai edukációt, majd iható tápszer kiegészítést alkalmaztunk. Ezt követően testösszetétel mérést végeztünk. Nyilvánvalóvá vált, hogy a tervezett bélegyesítő műtét előtt kiegészítő parenterális táplálást kell alkalmazni. Otthoni parenterális táplálás programjába bevontuk. Kontroll testösszetétel mérést követően az eredményeket összehasonlítottuk. A testtömeg 11 kg-mal növekedett, úgyhogy a zsírmassza testtömeg 8,1 kg-ot, a zsírtömeg pedig 2,9 kg-ot adott. A testtömeg-index (BMI) 17,6 kg/m²-ről 21 kg/m²-re nőtt és a zsírmassza testtömeg-index is már normál tartományban volt, a sarcopenia megszűnt. (FFMI: 14,9 kg/m²-ről 17,3 kg/m²-re nőtt, a normál érték >17 kg/m²). A hidratáltság és a fehérjeszint is normalizálódott, az ödéma megszűnt, ezt követően, 4 hónappal a primer műtétet követően zártuk az ileostomát. Megbeszélés: fiatal betegek esetén a radikális műtét javallata gyakran később kerül felállításra, illetve a betegől nehezen szerezhető beegyezés, ami a műtét kockázatát jelentősen fokozza. Az új laparoscopus technikák alkalmazásával az invasivitás tovább csökkenthető. Esetünkben az időben kezdett szakszerű posztoperatív táplálás nélkül a kórlefolyás fatális kimenetelű lett volna.

27

MASSZÍV ALSÓ GASTROINTESTINALIS VÉRZÉS: DÖNTÉS A MŰTŐSZTAL MELLETT

Csiba B.¹, Vadinszky P.¹, Kovács M.², Lukovich P.¹, Simon B.¹, Szabó H.³, Szalay L.⁴, Sebészeti, Szent János Kórház, Budapest¹, Gasztroenterológia, Szent János Kórház, Budapest², Patológia, Szent János Kórház, Budapest³, Radiológia, Szent János Kórház, Budapest⁴

Bevezetés: Az akut emésztőszervi vérzések gyakran súlyos, életet veszélyeztető állapotok. Vérzés eredetének helye 80-90%-ban a felső tápcsatorna, 10-20%-ban az alsó tápcsatorna. Az alsó gastrointestinalis vérzések előfordulása életkorral nő, mortalitása 2-4%. **Esetismertetés:** 47 éves férfi betegnél 2016-ban gasztroenterológiai kivizsgálás történt véres széklet miatt, total colonoscopia sigma diverticulosis igazolt. 2017 végén masszív haematoechasia miatt, hypovolemias shockos állapotban sürgősséggel került felvételre, gastroscopia oesophagitis, GERD-et igazolt vérzésforrást nem talált, colonoscopia nem volt értékelhető a nagymennyiségű vértől. Urgens CT vizsgálat történt, mely a flexura hepatica területén vetette fel vérzés gyanúját. Sürgős műtétre kényszerültünk, ahol a vastagbél teljes hosszában vérrrel volt kitöltve, a flexura hepatica területén egy diverticulumot találtunk, itt colotomiát végeztünk, azonban a proximalis bélszakaszból friss véres tartalom ürült, ezért ex juvantibus jobb oldali hemicolectomiát végeztünk end-to-end kétretegű ileo-transversostomiával. A posztoperatív szak eseménytelen volt, a beteg a 6. postope-

rativ napon távozott. A végleges hisztológiai vizsgálat arteriovenosus malformációt igazolt a colon ascendens területén. **Megbeszélés:** A ritka alsó gasztrointestinalis vérzésforrások pontos preoperatív identifikálása sokszor igen komoly kihívások elé állítja a gastroenterológust és a sebészt egyaránt. Bár számtalan vizsgálóeljárás áll rendelkezésünkre (colonoscopia, capsulás endoscopia, angiográfia, CT angiográfia, scintigráfia) sok esetben a sebésznek a műtőasztalon kell felállítani a diagnózist, megtalálni és ellátni a vérzésforrást.

28

RARE DISEASE WITH RARE MANIFESTATION

Csintalan Z.¹, Balla E.¹, Csefkó K.¹, Pink T.¹, Bagi A.², Vághy R.², Patai T.³, Bodor A.³, Tóth Lajos B.⁴, Varga M.¹, Department of Gastroenterology, BMKK - Réthy Pál Hospital, Békéscsaba¹, Department of Radiology, BMKK - Réthy Pál Hospital, Békéscsaba², Department of Pathology, BMKK - Réthy Pál Hospital, Békéscsaba³, Department of Surgery, SZSZBMK - Jósza András Hospital, Nyíregyháza⁴

Introduction: Pseudomyxoma peritonei (PMP) is a rare disease, which in most cases originates from the ruptured mucinous tumor of the appendix. Its incidence is 2 cases per million yearly. Its recognition is the diagnostic challenge. In males, it is usually diagnosed in an advanced state, when it is associated with abdominal pain, distension or other non-specific symptoms. **Case presentation:** A 29-year-old man applied to our gastroenterology polyclinic because of abdominal pain in April, 2017. This pain started c. half a year ago, with variable localization, stabbing character and disturbed sleeping. In the anamnesis in 2010 the medical check-up proved contaminated small bowel syndrome, fructose malabsorption, lactose intolerance and reflux oesophagitis. Ultrasound imaging showed low rate splenomegaly, moderate amount of ascites with mobile, increased echogenicity and variable sized solid formulas. In our gastroenterology department we couldn't complete ultrasound-guided ascites puncture with safety. Other imaging and laboratory examinations didn't help us to make proper diagnosis. CEA showed a bit higher value (17,32 ng/mL). Colonoscopy was negative. The radiologist who carried out one of the ultrasound controls, came up with the idea of PMP. After that surgery consultation took place and exploratory laparotomy was performed in May, 2017 verifying this diagnosis macroscopically as well. With the histology results in hand, our patient was sent to Nyíregyháza for further treatment. Repeated exploration showed grave peritoneal carcinosis and high amount of ascites. Cytoreductive surgery (CRS) was performed to remove organs affected by tumor and was followed by hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC). The histology opinion confirmed the low grade mucinous tumor of the appendix associated with extended low grade peritoneal and retroperitoneal pseudomyxoma. **Conclusion:** During the check-up of the origin of ascites we should think of PMP too, which without treatment is fatal. Adequate diagnosis can lead to adequate therapy. In case of advanced stadium of the disease a combined treatment method is necessary (CRS and HIPEC). Though this procedure is rather stressful, it also gives chance to increase the average life expectancy of patients with peritoneal dissemination and to improve their quality of life. It has been applied in Hungary since 2012. The presented case reflects the effectiveness of this combined treatment.

29

THREE YEARS EXPERIENCE AND EVALUATION OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION TECHNIQUES IN A HUNGARIAN ENDOSCOPY CENTER

Csóke D.¹, Dubravcsik Z.¹, Hritz I.², Gyimesi G.¹, Madácsy L.³, Szepes A.¹, Bács-Kiskun County Hospital and OMCH Endoscopy Center Kecskemét¹, Bács-Kiskun County Hospital and OMCH Endoscopy Center Kecskemét, Semmelweis University, 1st Department of Surgery, Endoscopy Laboratory², Bács-Kiskun County Hospital and OMCH Endoscopy Center Kecskemét, Endo-Kap-szula Private Medical Center³

Background: Endoscopic submucosal dissection (ESD) is a minimally invasive procedure developed for 'en bloc' endoscopic resection of large mucosal gastrointestinal (GI) tumors.

Patients: 29 ESDs were performed in our endoscopy center between January 2015 and March 2018. We extracted data from our medical records system and analyzed them retrospectively according to our predefined database.

Results: 12 ESDs were performed in the upper GI tract (9 stomach, 2 oesophagus, 1 duodenum) and 17 in the lower GI tract (4 colon, 13 rectum). Hybrid ESD technique was used in 23 (79%) and conventional ESD in 6 cases (21%). In 14 cases the resection margins were tumor-free (50%), in 10 cases the pathologists could not judge the intactness of the resection margins (36%) and in 4 cases the tumor was not completely removed (14%). In 1 case we could not obtain tissue sample due to perforation thus the evaluation of resection margins was not possible. Histology revealed 9 neoplastic lesions (32%), 8 adenomas with high-grade dysplasia (29%) and 11 low-grade dysplasias or benign lesions (39%).

Conclusion: ESD is a time-consuming procedure, but the hybrid ESD technique can significantly shorten the duration of it, although the depth of tumor invasion can be hardly judged in the majority of these cases. ESDs should be carried out in dedicated tertiary endoscopy centers because of the availability of dedicated endoscopists. The length of the procedure makes it often difficult to fit in the routine daily schedule and also difficult to achieve the annual case load suggested by the guidelines.

30

HOGYAN VÁLASSZUNK EUH-FNA TÚT SZOLID ÉS CYSTICUS LÉZIÓKBAN?

Czakó L.¹, First Department of Medicine, University of Szeged¹

31

WHAT ARE WE DOING TODAY IN REAL PRACTICE IN ENDOSONOGRAPHY? A NATIONWIDE SURVEY.

Czakó L.¹, Szepes Z.¹, Dubravcsik Z.², Szepes A.², Hritz I.³, Hritz I.⁴, Hamvas J.⁵, Sahin P.⁶, Bodnár Z.⁷, Dancs N.⁸, Sarlós P.⁹, Vincze Á.⁹, Kovács A.¹⁰, Szmola R.¹¹, Szegedi L.¹², First Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital², First Department of Surgery, University of Semmelweis³, Department of Gastroenterology, State Health Center⁴, First Department of Internal Medicine - Gastroenterology, Bajcsy-Zsilinszky Hospital⁵, Second Department of Internal Medicine, Jahn Ferenc South-Pest Hospital⁶, Kenézy Gyula University Hospital⁷, First Department of Internal Medicine - Gastroenterology, Petz Aladár County Teaching Hospital⁸, First Department of Internal Medicine, University of Pécs⁹, Department of Internal Medicine - Gastroenterology, Markusovszky Egyetemi Teaching Hospital¹⁰, Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology¹¹, First Department of Internal Medicine, Jósza András Teaching Hospital¹²

Introduction: The first modern endoscopic ultrasound (EUS) unit was opened in 2007 in Hungary. Recently, there are 17 EUS units in Hungary, however, their infrastructure, human resources, case volumes are not known.

Aims: The aim of this survey was to evaluate the quality of EUS facilities and the EUS performances provided in Hungary.

Methods: Members of the Hungarian Endosonography Club have been invited to a structured survey. Infrastructures and human resources, the experience of the operators, the numbers and types of EUS examinations performed in the period between January 1 and March 31, 2018 were evaluated.

Results: Data from 12 EUS centers were analyzed. 8 centers have both radial and linear echoendoscopes, 4 centers have only linear echoendoscope and 3 centers have 2 linear echoendoscopes. Fluoroscopy is available in all EUS units. Rapid on site evaluation (ROSE) is routinely applied in only 2 centers, feasible in another 2. Anesthesiologist is accessible in 7 units, but not commonly used. On average 2,2 endosonographers and 3,1 endoscopic assistants work in an EUS unit. Among the 27 endosonographers 17 have licence and 14 have longer experience, than 5 years. On average 1,6 (0-4 cases) esophageal, 5,8 (0-21 cases) gastric, 36,3 (0-85

cases) pancreatobiliary and 2,1 (0-8 cases) mediastinal EUS are performed per unit in the 3-month long period. On average 26,6 (0-66,5 cases) EUS examinations are performed by an endosonographer in the 3-month long period. On average 20,6 (0-88 cases) EUS-FNA are performed in any site of the gastrointestinal tract per unit. Therapeutic EUS was performed in 7 centers, altogether in 20 cases. **Conclusions:** The present survey shows that the quantity and quality of human resources are appropriate in most of the responded EUS centers. ROSE and anesthesiologist are usually not available. There is a high variability in the case loads between the EUS units. The number of EUS performed by an endosonographer is low. The most frequent indication of EUS is pancreatobiliary diseases. Therapeutic EUS should be performed in more centers.

32

THE RESEARCH OF THE ROMA CHILDREN'S QUALITY OF LIFE

Czepléiné Asztalos Á.¹, Figler M.¹, Szekeresné dr. Szabó S.¹, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Táplálkozástudományi és Dietetikai Intézet¹

Introduction The purpose of the research is a survey on the nutritional habits of primary school students in Baranya county, Hungary. The choice of theme was motivated by the intention to introduce the life of a Roma community we have known for a long time. The fundamental aim was to confront the information acquired about the socio demographic situation of gypsies living in Hungary with the results of the research we conducted in the „Bea's” community. To find out how important they consider the healthy lifestyle, eating habits. By outlining the literature on the topic and on the basis of our own results, we wanted to draw attention to the fact that scanty knowledge on proper nourishment habits may make the emergence of diseases more frequent. **Research material and methods** In the course of our research we surveyed primary school students between the ages of 6 and 16 with the help of questionnaires with complete anonymity. The number of questionnaires distributed was 153, 112 of which could be evaluated. The forms were filled in by 54 boys and 58 girls. The analysis and processing of the data were done by using MS Office Excel 2003 program. **Results** In this area we can observe the aggravation of poverty in a more powerful way. In the group of children giving answers a big ratio of unemployed parents is typical, which is accompanied by a high percentage of low level of schooling. Presumably the lack of the so called traditional family also weakens the Roma identity, as they do not encounter „gypsy” culture on a daily basis, it can not become part of their lives. They still heard about traditions, they know some Roma dishes, but these are not present in their everyday lives. On the basis of the received data it can be stated that it is mainly the parent's responsibility how much their children acquire about the basic principles of healthy living. For young people, healthy life style is of great importance, but in practice it is not typical in all cases. The amount of physical exercise can promote their keeping healthy in a suitable way. Children eat more fruit in their younger years. Significant difference can be demonstrated with Khi square test ($p = 1.08$) In the course of the compilation of our thesis we obtained a lot of knowledge and acquired plenty of information on the topic.

33

APPENDECTOMY: A POTENTIAL RISK FACTOR OF MALIGNANT DISEASES, INFLAMMATORY BOWEL DISEASE (IBD) AND DIABETES MELLITUS

Czirják K.¹, Vén L.¹, Vén P.², Rácz F.¹, Ágoston S.¹, Szegedi L.¹, 1st Department of Internal Medicine, Jósza András Teaching Hospital, Nyíregyháza¹, Department of Gastroenterology, University of Debrecen²

Introduction The compound of gastrointestinal microbiome shows differences in each gastrointestinal tract (GIT) segments. The role of the GIT microbiome has been in focus of recent studies

in physiological and pathological conditions. The consequences of appendectomy have been examined separately. It is known that the incidence of IBD (especially Crohn's disease) is higher after appendectomy than in the general population. Recent studies pointed out appendectomy as a possible risk factor of colorectal cancer and diabetes mellitus. **Methods** The aim of the study was to retrospectively obtain data of patients undergoing appendectomy between 2005 and 2014 in the Surgery Department. Intervention codes (International Classification of Health Interventions; ICHI) and International Classification of Diseases (ICD) codes were used as inclusion criteria. We have searched for postoperatively diagnosed IBD, malignant diseases and diabetes mellitus between 2005 and 2015 in the selected group. Data were analysed and compared with literature results. **Results** During the 9-year-period, 3643 patients underwent appendectomy with slight male dominance. 167 patients were diagnosed with malignant disease, IBD or diabetes mellitus during the 10-year-long follow-up. Colorectal cancer was the most frequently detected type of malignant disease. The incidence of inflammatory bowel disease was similar to literature data. **Discussion** The subject of our research is not widely examined; additional comprehensive studies are yet to be done to summarize consequences. However, based on our research data appendectomy has not been confirmed as an obvious risk factor of the examined diseases. High incidence of colorectal cancer and inflammatory bowel disease represents another aspect for organising screenings in this risk group.

34

CHALLENGES OF CARING FOR CELIAC PATIENTS FROM THE PERSPECTIVE OF A DIETITIAN – CASE REPORT

Dakó E.¹, Dakó S.², Pálfi E.³, Semmelweis University, Doctoral School of Pathological Sciences, Health sciences program¹, Semmelweis University, 2nd Department of Internal Medicine², Semmelweis University, Faculty of Health Sciences, Institute of Applied Health Sciences, Department of Dietetics and Nutrition Sciences³

Introduction: Celiac disease (CD) is a complex autoimmune disease, triggered by the ingestion of gluten in genetically predisposed individuals, causing small intestinal inflammation and resulting in malabsorption and deficiency diseases. The prevalence of CD has been estimated to approximate 1% in Europe. CD is a lifelong condition and it can not be cured. Currently the only effective treatment for CD is strict, lifelong adherence to the gluten-free diet (GFD). Adherence to a GDF can be challenging, dietetic intervention can help. Without the patient's motivation and cooperation, the GFD can not be followed for a lifetime. Therefore it is important to pay attention to, and as necessary, to increase the adherence. It is important to emphasize, gluten-free alone is not enough for health, as not professionally compiled GFD may lead to unbalanced nutrition intake and complications. Despite all that, the importance of dietetic intervention in the care of adult celiac patients is not fully understood among lay people or health professionals. Our purpose is to draw attention to the fact that adult celiac patients also need regular medical and dietary control. **Patients and methods:** Our startup idea came from a celiac patient was diagnosed at Semmelweis University II. Department of Internal Medicine. By presenting her case, I illustrate the importance of care, dietetic intervention and patient adherence. **Results:** Developing healthy and adequate diet is clearly a dietetic competency. However, only some adult patients with celiac disease get dietitian counseling, therefore diet defects are not discovered or only late, thus leading to complications. **Discussion:** The management of adult celiac disease should be carried out in cooperation with patient, dietitian and gastroenterologist. The dietetic intervention should include nutritional education, assessment and tracking of adherence and body composition.

35

ROLE OF PRECISION MEDICINE IN CHOLANGIOCELLULAR CARCINOMA

Déri J.¹, Hegedüs C.¹, Várkonyi E.¹, Tihanyi D.¹, Lengyel C.¹, Mathiasz D.¹, Schwab R.¹, Vályi-Nagy I.², Peták L.¹, Oncompass Medicine Hungary – Budapest, Hungary¹, South-Pest Centrum Hospital, National Hematology and Infectious Diseases' Institute – Budapest, Hungary²

Introduction: Cholangiocellular carcinoma (CCA) has a rising incidence yet considered a rare GI cancer with limited standard treatment options and surgical interventions. CCA is quick to progress with high risk for comorbidities and mortalities. All these implications lead us to investigate molecular profile based targeted treatment options to enhance treatment alternatives and overall survival. **Background:** In our RealTime Oncology Calculator® as of 2016/17 we had 46 CCA cases, of which all but one had NGS-50/58. Many (71,7%) had no driver mutations that could cause resistance to EGFRi therapy. According to the Molecular Treatment Calculator the most relevant drivers include the following genes: BRAF, RAS, IDH1/2, TP53, KDR, BRCA2 and FGFR2. Dabrafenib-Trametinib combination was a successful 2nd line offlabel treatment for our BRAF-V600E mutant CCA patient with brain metastasis who did not respond to first line therapy. Our super-wild type CCA patient has been stable on Erbitux+GEMOX offlabel treatment for close to a year.

Here we present a 56-year-old male with intrahepatic CCA benefiting targeted treatment options based on comprehensive tumor molecular profile on 3 different occasions.

Neither NGS-50 nor NGS-595 based tumor testing revealed any mutations (such as RAS, BRAF, PTEN PIK3CA) known to cause resistance to EGFR inhibitors and thus the benefit of Erbitux was confirmed, which he responded to favorably for a year in a study of Erbitux/Gemcitabin/Capecitabine combination. PD-L1-IHC results showed 15% expression along with "TMB-Hi" value, making him a good candidate for immunotherapy. The patient had responded favorably to Keytruda for a year before extrahepatic progression in addition to active colitis had occurred. BRCA2-R2520*, BIC-class 5 pathogenic mutation (60%) had been also identified in the tumor. PARP inhibitor became a potential treatment option while platinum-based therapy could be of consideration. Due to these findings, March 2018, he started offlabel Olaparib PARPi drug treatment. In parallel, germline status was confirmed, and genetic counseling was recommended to the family.

Conclusion: Cholangiocarcinoma likely benefit from comprehensive tumor molecular profile based targeted treatment options while it is possible to be part of a hereditary cancer syndrome not known before. **Funding:** National Oncogenomic and Precision Oncotherapy Program Funded by the Hungarian Innovation Agency

36

GONDOLSZ RÁ?

Dezsőfi A.¹, Vajda D.¹, Szabó D.¹, I sz Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹

A liposzómális acid lipáz (LAL) hiány következtében kialakuló kórkép csecsemőkori formáját korábban Wolman betegségnek, a felnőttkori formát koleszterin észter tárolási betegségnek nevezték. Az autoszómális recesszív öröklődésmenetet mutató kórkép előfordulása igen ritka. A LIPA gén mutációjának következtében a LAL működése deficiens lesz, ezért a liposzómákban koleszterin észter és triglicerid szaporodik fel. A csecsemőkori formában rapidan progrediáló májbetegség alakul ki, A gyermek-felnőttkori formára a lassabb progresszió a jellemző. A fokozatosan lerakódó triglicerid és koleszterin észter hatására zsírmáj, hepatomegalia, májfibrosis és végül májcirrhosis alakul ki. A hepatikus tüneteken kívül splenomegalia, cardiovascularis szövödmények, dyslipidaemia és gasztro-intesztinális tünetek is jelentkezhetnek. A diagnózis felállításában nagy segítséget nyújt a szárított vércseppből elvégezhető enzimaktivitás vizsgálat. A betegség kezelése enzimpótló terápiával lehetséges. A 4 éves fiút tonsillectomia utáni utóvérzés miatt került felvételre Klinikánkra. Ekkor hepatomegáliát és

emelkedett transzaminázokat láttunk, alvadási zavart nem észleltünk. Pár hét után transzamináz értékei mérsékelt csökkenést mutattak, azonban hasi disztenziója és hepatosplenomegáliája fokozódott, ezen kívül hasi ultrahang vizsgálatán megnagyobbodott nyirokcsomók ábrázolódtak. Malignus haematológiai megbetegedés kizárása céljából csontvelő biopszia és mellkas-has-kismendei MR vizsgálat történt, melyek fertőzéses eredetre utaltak. Ezzel egy időben vírus szerológiai vizsgálata friss EBV infekciót igazolt. Azonban az igazolt EBV fertőzést követően az emelkedett transzamináz értékei és hepatosplenomegáliája hónapokkal később is fennálltak. Az alfa1-antitripszin hiány, Wilson-kór, autoimmune hepatitis irányában végzett vizsgálatai negatív eredménnyel zárultak. A gyermeknél 6 éves korban a szárított vércsepp vizsgálat csökkent LAL akitivitást igazolt, illetve a LIPA gén mutációját is igazoltuk. Az enzimpótló kezelés hatására a gyermek transzamináz értékei már az első alkalom után drámai csökkenést mutattak. Ahogy esetünkben is a betegség diagnózisa sokszor késik a nem specifikus tünetek miatt, de fontos, hogy emelkedett transzamináz értékek és hepatomegalia esetén gondoljunk rá.

37

BODY-MASS INDEX CORRELATES WITH SEVERITY AND MORTALITY IN ACUTE PANCREATITIS: A META-ANALYSIS

Dobszai D.¹, Mátrai P.¹, Gyöngyi Z.², Matuz M.³, Csúpor D.⁴, Bajor J.⁵, Erőss B.¹, Mikó A.¹, Szakó L.¹, Mecsker Á.¹, Hágendorn R.⁵, Márta K.¹, Szentesi A.¹, Hegyi P.¹, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Department of Public Health Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary², Department of Clinical Pharmacy, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Department of Pharmacognosy, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴, Division of Gastroenterology, 1st Department of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁵

Background: During the past decades, obesity rates have increased sharply. As there is a growing number of cases in which acute pancreatitis (AP) is accompanied by obesity, we found it clinically relevant to investigate how body-mass index (BMI) affects the outcome of the disease. **Aims:** To quantify the association between subgroups of BMI and the severity and mortality of AP. **Methods:** A meta-analysis was performed using the Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols. Three databases (PubMed, EMBASE and Cochrane Library) were searched for articles containing data on BMI, disease severity and mortality rate of AP. English-language studies from inception to 19 June 2017 were checked against our predetermined eligibility criteria. The included articles reported all AP cases with no restriction on the etiology of the disease. In severity analyses we only involved studies that classified AP cases according to the Atlanta Criteria. Odds ratios (OR) and mean differences (MD) were pooled using the random effects model by the DerSimonian-Laird estimation and displayed on forest plots. The meta-analysis was registered in PROSPERO under number: CRD42017077890. **Results:** Altogether 19 articles were included in our meta-analysis, containing data on 10,301 patients. Severity: The subgroup analysis shows a direct association between AP severity and BMI. BMI <18.5 compared to normal BMI (18.5-25) seems to increase the risk of severe AP (OR=1.89, 95%CI=0.52-6.87), however this result is not significant. Patients with a BMI>25 have an almost 3 times increased risk for a severe AP (OR=2.87, 95%CI=1.90-4.35, P<0.001) in comparison to normal BMI. The mean BMI of patients with severe AP is notably higher than of the non-severe group (MD=1.79, 95%CI=0.89-2.70, P<0.001). Mortality: Death rates of AP patients are the highest in the underweight and obese subgroups. A BMI<18.5 carries an almost two-fold increase in risk of mortality (OR=1.82, 95%CI=1.32-2.50, P<0.001) in comparison to normal BMI, while a BMI>30 results in a 3 times higher risk of mortality in comparison to a BMI<30 (OR=2.89, 95%CI: 1.10-7.36, P=0.026). **Conclusions:** Our new findings confirm that a BMI 25-30 increases the risk of severe AP, but not mortality, while a BMI>30 increases both the risks of severe AP and mortality. A BMI<18.5 carries an almost two times higher risk of mortality in AP.

38

EUH-FNA MINTAVÉTEL TECHNIKÁJA

Dubravcsik Z.¹, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Gasztroenterológiai Osztály¹

39

EFFECT OF EXOCRINE DYSFUNCTION ON THE ENDOCRINE PANCREAS AND THE ROLE OF CFTR CL- CHANNEL IN IT

Ébert A.¹, Stefán G.¹, Tóth E.², Pallagi P.², Hegyi P.³, Venglovecz V.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary³, MTA-SZTE Momentum Translational Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴

Background: The exocrine and endocrine part of the pancreas work in close interaction with each other in which the CFTR Cl-channel plays an essential role by regulating the secretory processes. The role of the channel under certain pathological conditions is not completely known, therefore our aim in this study was to investigate the exocrine and endocrine functions in diabetic and/or pancreatitis-induced mice in wild-type (WT) and CFTR knock out (KO) animals. **Methods:** Intra-interlobular pancreatic ductal fragments were isolated from WT and CFTR KO mice by enzymatic digestion. Pancreatic ductal fluid and HCO₃⁻ secretion was measured by fluorescence- and videomicroscopy. Pancreatitis was induced by intraperitoneal injection of cerulein and disease severity was assessed by measuring laboratory and histological parameters. Diabetes was induced by ip. administration of streptozotocin and disease development was confirmed by measurement of serum level of glucose and insulin. **Results:** Pancreatic ductal fluid and HCO₃⁻ secretion significantly increased in diabetic and decreased in pancreatitis-induced mice. The presence of both diabetes and pancreatitis did not affect significantly the exocrine function. Serum levels of insulin decreased only in the diabetic animals, whereas the serum levels of glucagon was unaltered. The absence of CFTR decreased the fluid and HCO₃⁻ secretion of the ductal cells and worsened the severity of pancreatitis. The serum levels of insulin and glucagon and the number of α and β cells also significantly decreased in the KO animals. **Conclusion:** Our results suggest that the CFTR Cl-channel plays a key protective role both in the exocrine and endocrine pancreas, however further investigations are needed to confirm this hypothesis. This project was supported by CFRD-SRC Grant (No.: SRC 007) and the HAS-USZ Momentum Grant to PH (LP2014-10/2017).

40

LIFESTYLE, PREVENTION AND RISK OF ACUTE PANCREATITIS, (LIFESPAN STUDY) PROSPECTIVE, MULTICENTRE AND MULTINATIONAL OBSERVATIONAL CASE-CONTROL STUDY

Erdősi D.¹, Darvasi E.², Koncz B.², Szentesi A.¹, Márta K.¹, Erőss B.¹, Hegyi Jr. P.¹, Gyöngyi Z.³, Girán J.³, Papp M.⁴, Vincze Á.⁵, Izbéki F.⁶, Török I.⁷, Hegyi P.¹, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, First Department of Medicine University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Public Health Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁴, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine University of Pécs, Pécs, Hungary⁵, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary⁶, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania⁷

Background. Acute pancreatitis (AP) is a life threatening inflammatory disease of the exocrine pancreas which needs acute hospitalization. Despite its importance we have significant lack of knowledge concerning the life style factors, whether they elevate or decrease the risk of AP or influence the disease outcome.

Aim. The main goal of our study is to determine negative or positive association between socio-economic factors, dietary habits, physical activity, chronic stress, sleep quality and acute pancreatitis. **Methods/Design.** This is a prospective observational multicentre case-control study. Patients in the case group are suffering from acute pancreatitis, and people in the control group are free from pancreatic diseases in their medical history. We compare the socio-economic parameters, dietary habits, level of physical activity, level of chronic stress and sleep quality in these groups. The study participants will complete a complex questionnaire covering these areas and also on details in their medical history. The trial is being registered in the ISRCTN registry. The relevant ethical approval is in process. **Discussion.** This is the first prospective study investigating the associations between socio-economic factors, dietary habits, physical activity, chronic stress, sleep quality and acute pancreatitis. We hope to find both negative and positive associations which will allow for the first time to suggest lifestyle modifications for patients discharged from the hospitals after AP or for those who wish to reduce their risk for AP.

41

ANTI-TNFA VS. CONVENTIONAL TREATMENT FOR THE PREVENTION OF POSTOPERATIVE RECURRENCE OF CROHN'S DISEASE. A META-ANALYSIS

Erős A.¹, Farkas N.², Hegyi P.¹, Veres G.³, Czákó L.⁴, Bajor J.⁵, Rakonczay Z.⁴, Erőss B.⁵, Sárlos P.⁵, Transzlációs Medicina Intézet, Pécsi Tudományegyetem ÁOK¹, Bioanalitikai Intézet, Pécsi Tudományegyetem ÁOK², Semmelweis Egyetem ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika³, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika⁴, Pécsi Tudományegyetem ÁOK, Klinikai Központ, I.sz. Belgyógyászati Klinika⁵

Background: The majority of patients with Crohn's disease (CD) need surgery during their lifetime. Within one year, 80% of the operated patients has endoscopic postoperative recurrence (POR). However, there is no widely accepted consensus on the prevention of POR. **Aim:** Our aim was to compare the efficacy of biological agents and that of conventional therapy as prophylactic treatment options for POR and also to compare the efficacy of prophylactic biological treatment in high risk vs. non-selected patient populations. **Methods:** We searched Pubmed, Cochrane Library, EMBASE, and Web of Science for English-language studies published from inception up to 15 April 2017. The PICO items were, as follows: (P) adults with CD who had intestinal resection, (I) biological therapy (adalimumab, infliximab), (C) conventional therapies (mesalamine, thiopurines and placebo), and (O) clinical, endoscopic, and severe endoscopic POR. Patients were considered at "high risk" for POR if they had ≥ 1 of the following risk factors: active smoking, young age at diagnosis, penetrating or perianal disease at diagnosis, ≥ 1 resections, and resection within 3 years. Odd ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) were calculated. PROSPERO registration number is CRD42017083679 **Results:** The data of 2 observational and 8 randomized controlled trials, including 709 CD patients, were analysed. Anti-TNF α agents were significantly more effective in preventing clinical and endoscopic POR compared to conventional therapies (OR: 0.501, 0.319-0.786, $p = 0.003$, and OR: 0.157, 0.069-0.359, $p < 0.001$, respectively). We could demonstrate an overall benefit of biological therapy in unselected patient groups of CD patients regarding clinical, endoscopic and severe endoscopic POR (OR: 0.449, 0.272-0.741, $p = 0.002$; OR: 0.132, 0.055-0.317, $p < 0.001$, and OR: 0.263, 0.085-0.817, $p = 0.021$, respectively). In the course of direct comparison, there was no significant difference in POR rates between the two anti-TNF agents. Patients previously treated with biologics were less likely to maintain remission after surgery (OR: 0.509, 0.303-0.853, $p = 0.010$). **Conclusion:** Compared to the conventional therapies, biological agents are more effective in preventing clinical and endoscopic POR both in unselected and high-risk CD patients. In addition, biologics should be continued after surgery in patients with preoperative anti-TNF α treatment to maintain remission.

42

5-ASA INDUCES MILD ACUTE PANCREATITIS: A CASE REPORT

Erőss B.¹, Meczker Á.¹, Mikó A.², Hegyi P.³, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary¹, Department of Translational Medicine, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Hungary², Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Momentum Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, Szeged, Hungary³

Background: There are multiple reports on 5-aminosalicylic acid induced acute pancreatitis as an adverse reaction. However, in most case reports, rechallenge with the drug was not performed; therefore, evidence is still needed to confirm its role in the clinical course of acute pancreatitis and its influence on the outcome.

Aim: Here, we report a case of recurrent acute pancreatitis secondary to 5-aminosalicylic acid, on unintentional rechallenge.

Method: The international CARE guideline was followed strictly to ensure the highest quality of this case report. **Results:** A 31-year-old woman presented to the emergency unit with sudden onset of severe abdominal pain with the lipase level 24 times higher than the upper normal limit. No morphological changes of pancreatitis could be observed on imaging. Common causes of AP could be excluded. The diagnosis was made based on the 2 out of 3 rule. The patient was diagnosed with Crohn's disease six weeks before this index admission and commenced 5-aminosalicylic acid (Pentasa®). 5-aminosalicylic acid was discontinued. After a 3-day recovery, 5-aminosalicylic acid was reintroduced for maintenance treatment of inflammatory bowel disease. This unintentional rechallenge resulted in the recurrence of AP with pain, raised amylase and morphological changes on transabdominal ultrasound scan. Complete recovery occurred after permanent discontinuation of 5-aminosalicylic acid.

Conclusion: In summary, unintentional rechallenge provided IA class evidence for 5-aminosalicylic acid-induced mild acute pancreatitis

43

ENDOSCOPIC ULTRASOUND GUIDED FINE-NEEDLE ASPIRATION OF RECTAL AND PERIRECTAL LESIONS

Fábián A.¹, Bor R.¹, Vasas B.², Hamar S.², Tiszlavicz L.², Bálint A.¹, Czákó L.¹, Farkas K.¹, Milassin Á.¹, Rutka M.¹, Szántó K.¹, Molnár T.¹, Szepes Z.¹, First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged²

Background Endoscopic ultrasound guided fine-needle aspiration (EUS-FNA) is a well-established diagnostic tool in the upper gastrointestinal tract, but evidence is limited about its use in the rectum. **Aims and methods** This retrospective analysis of a prospectively collected database aimed to evaluate the indications and diagnostic yield of EUS-FNA of rectal and perirectal lesions. Rectal EUS-FNA examinations performed at the University of Szeged from 2015 were involved. **Results** A total of 15 rectal EUS-FNAs were performed between January 2015 and March 2018 (mean patient age: 53 ± 4 years, 80% female). Indication for rectal FNA were the following: suspicion of endometriosis in 4 cases, lymph node enlargement in 5 cases, tumor recurrence in 5 cases, and undetermined fluid collection in 1 case. Median lesion size was 24.5 mm [6-45 mm]. Technical success was achieved in 14 cases (93%). Smears were obtained with both stylet-capillary technique and vacuum-aspiration in 11 cases, with only the former in 3 cases, and with only the latter in one case. Tissue sampling was possible in 12 cases (3 with stylet, 2 with vacuum, and 7 with both). Sampling was diagnostic in 6 cases (40%): endometriosis was confirmed in 1 case (25%), lymph node metastasis [from malignant melanoma and anal carcinoma] in 2 cases (40%), and tumor recurrence [two rectal and one ovarian] in 3 cases (60%). No adverse events were reported. **Conclusions** EUS-FNA may assist differential diagnosis of rectal and perirectal lesions by providing a safe sampling method of lesions that are often inaccessible for other modalities. It can be especially useful in confir-

ming recurrence of malignancy and might also have additional value in the diagnosis of lymph node metastases and endometriosis that may occur as submucosal lesion endosonographically.

44

MEDIUM-TERM OUTCOMES OF ENDOSCOPIC AND SURGICAL REMOVAL OF MALIGNANT COLORECTAL POLYPS

Fábián A.¹, Bor R.¹, Szabó Ö.¹, Rutka M.¹, Vasas B.², András L.³, Bálint A.¹, Farkas K.¹, Milassin Á.¹, Szántó K.¹, Molnár T.¹, Szepes Z.¹, First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged², Department of Surgery, University of Szeged, Szeged³

Background: Guidelines consider both endoscopic and surgical removal as first-line treatment options, but the optimal therapeutic approach to malignant colorectal polyps is still debatable. **Aim:** The aim of this single center observational study was to assess medium-term outcomes of endoscopic and surgical removal of malignant (pT1) colorectal polyps. **Methods:** Outcomes of endoscopic and surgical removal of malignant colorectal polyps at the University of Szeged between 2012 and 2016 were retrospectively assessed. Recurrence (primary outcome; including local recurrence and distant metastases) was compared between those underwent endoscopic polypectomy alone and surgical resection (with or without prior endoscopic removal attempt). Secondary outcome was nodal involvement in those underwent surgical resection (with or without prior endoscopic polypectomy). Mean follow-up was 25±2 months [7-68 months], follow-up endoscopy was available in 70% of the cases. **Results:** Out of the 1480 newly diagnosed colorectal cancer throughout the study period, 116 were of pT1 stage. Endoscopic removal was performed in 76 cases, 20 of them underwent additional surgical resection and follow-up was chosen in the other 56 patients. Primary surgical resection was performed in 40 cases. En bloc resection was achieved in 63% of endoscopic polyp removals. Mean patient age was 68±1 years, median polyp size was 20 mm (range: 6-80 mm), 39% of the lesions were pedunculated, 43% were sessile/flat. 17% located in the right colon, 42% in the left colon, and 41% in the rectum. Recurrence rate was 3.57% after endoscopic removal alone, and 6.67% after surgical resection with or without prior endoscopic removal attempt, p=0.452. Lymph node involvement was detected in a total of 5.2% of all surgically resected specimens (5% for surgery with prior endoscopic polypectomy vs. 12.5% for primary surgery, p=0.308). **Conclusion:** No significant difference was found between local recurrence rate of malignant colorectal polyps removed endoscopically and surgically. Nodal involvement was not higher in those underwent endoscopic polypectomy before surgical resection, with the total lymph node involvement of 5.2%.

45

CHARACTERIZATION OF THE FUNCTION OF TRANSIENT RECEPTOR POTENTIAL MELASTATIN 2 IN MOUSE PANCREATIC ACINAR CELLS

Fanczal J.¹, Biró P.¹, Madácsy T.¹, Hegyi P.², Rakonczay Z.³, Maléth J.¹, University of Szeged, First Dept of Medicine and MTA-SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group¹, University of Pécs, Department: Department of Translational Medicine/1st Department of Medicine², Department of Pathophysiology³

Ca²⁺ signaling is the hallmark of acute pancreatitis (AP) inducing mitochondrial damage, intra-acinar digestive enzyme activation and cell death. Thus prevention of toxic cellular Ca²⁺ overload is a promising therapeutic target. The transient receptor potential melastatin 2 (TRPM2) is a non-selective cation channel that plays major role in oxidative stress induced cellular Ca²⁺ overload in different cell types and also how it effects different ways of cell death. Although likely, its role in pancreatic acinar cells and the pathogenesis of AP was not investigated yet. **Aim:** Our aim was to characterize the expression and activity of TRPM2 in pancreatic acinar cells. **Methods:** In our experiments pancreatic acinar cells (PAC) were isolated from wild type (WT) and TRPM2

knockout (KO) mice with enzymatic digestion. The changes of the intracellular Ca^{2+} level was measured with fluorescent microscopy using FURA2-AM. The expression of TRPM2 in PAC and the different types of cell death was quantified by confocal microscopy. Results: TRPM2 was expressed on the basolateral membrane of PAC. The intracellular Ca^{2+} signals evoked by $100\mu\text{M}$ carbachol were not different in WT and TRPM2 KO PAC. On the other hand, 1mM H_2O_2 induced significantly higher intracellular Ca^{2+} elevation in WT PAC compared to the TRPM2 KO. In Ca^{2+} free extracellular solution the Ca^{2+} signal in response to 1mM H_2O_2 was markedly reduced in TRPM2 KO PAC confirming that H_2O_2 activates dominantly extracellular Ca^{2+} influx. 1mM H_2O_2 induced dominantly necrosis in WT PAC (51.7%) and apoptosis (13.1%), whereas necrosis was significantly lower in TRPM2 KO PAC (39.8%) and apoptosis was not detected. **Discussion:** Our result confirmed the expression and functional activity of the TRPM2 channel in PAC.

46

ADVANCES IN OPTIMIZATION OF THERAPEUTIC DRUG MONITORING USING MUCOSAL TNF EXPRESSION AND ANTI-TNF CONCENTRATION IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE TREATED WITH BIOLOGICALS – PRELIMINARY RESULTS FROM A SINGLE CENTER STUDY

Farkas K.¹, Elekes G.¹, Kata D.², Földesi I.², Ferenci T.³, Madácsy T.¹, Rutka M.¹, Bálint A.¹, Bor R.¹, Fábrián A.¹, Milassin Á.¹, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Maléth J.¹, Molnár T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged¹, Institute of Laboratory Medicine, University of Szeged², Physiological Controls Research Center, Óbuda University, Budapest³

Introduction. Therapeutic drug monitoring has gained increasing popularity in the management of inflammatory bowel disease (IBD-Crohn's disease [CD], ulcerative colitis [UC]). However, relationship between clinical outcomes and serum anti-TNF levels is complex and controversial in many cases. The aim of this study is to simultaneously analyse the serum, mucosal and fecal anti-TNF- α levels, to determine the mucosal expression of TNF- α and to assess the relationship between the levels of anti-TNF- α in the above mentioned biological samples with endoscopic and clinical activities of IBD patients receiving anti-TNF maintenance therapy. **Patients and methods.** Patients with luminal CD and UC receiving maintenance anti-TNF- α therapy have been started to enroll in the study. Clinical disease activity is assessed, blood samples and fecal specimens are collected and colonoscopy with biopsy samples is performed in every patient. Biopsy samples are obtained from inflamed and uninfamed tissue from the colon. Mucosal TNF- α expression is detected by confocal microscopy after immunofluorescent staining. Serum, mucosal and fecal anti-TNF- α and anti drug antibody levels is determined by ELISA assay. **Results.** Data of 34 patients have been analyzed. The number of TNF- α positive cells was significantly higher in mucosal samples of active vs. inactive part of the bowel ($p<0.001$). Mucosal drug level proved to be significantly higher in samples obtained from the inactive vs. active part of the bowel ($p<0.001$). However, no association could be detected between the number of TNF- α positive cells and either endoscopic activity or mucosal drug levels. Serum drug level was significantly lower in patients who developed anti drug antibody ($p=0.043$). No correlation was detected either between serum and mucosal anti-TNF levels and between serum and mucosal anti-TNF levels and clinical or endoscopic activity. **Conclusion.** We were unable to find evidence against the hypothesis of no association between serum drug levels and mucosal anti-TNF- α concentration. However, the sample size is currently very low, and more data is needed to be collected in order to better investigate the association between serum and tissue drug levels or disease activity.

47

INITIAL EXPERIENCES WITH BIOLOGICAL THERAPY OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE (IBD) IN A NEW IBD CENTER

Farkas-Rusu E.¹, Szepes A.¹, Gyimesi G.¹, Dubravcsik Z.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecske-mét¹

Introduction: In recent years biological therapy (BT) has become gradually prominent in the treatment of IBD. Our aim was to summarize our initial experiences with BT at the Gastroenterology Department of Bács-Kiskun County Hospital as a new treatment center. **Patients and Methods:** Between 10.03.2016-08.03.2018. 21 patients (pts) were started on BT (12 ulcerative colitis (UC) and 9 Crohn's disease (CD)). We extracted the data from the hospital's medical record system (MedWorks) and analyzed it retrospectively. **Results:** Of the 21 pts 14 were men and 7 were women. The median age at the time of IBD diagnosis for pts with UC was 33,75 years (5-58), with CD was 18,5 years (8-26). 33,3% of UC and 44,4% of CD pts received BT previously. Infliximab (IFX) was given to 8 UC and 3 CD pts, adalimumab (ADA) to 7 UC and 6 CD pts. 3 UC pts received vedolizumab (VED). 66,6% of UC pts had pancolitis, 25% had extended colitis and 8,4% had left-sided colitis at the beginning of the BT. The main indication of BT was steroid dependence (66,6%). We started IFX or ADA treatment in 50-50%, but in 4 cases treatment switch became necessary due to loss of efficacy. The main indications for CD pts were post-operative recurrence in 66,6% and steroid dependence in 33,3%. IFX was given to 3/9, ADA to 6/9 CD pts. Full one-year treatment cycle was completed in 2 UC and 3 CD cases. 3 of them (2 CU on IFX, 1 CD on ADA) achieved total remission. No relapse occurred during 6 months follow up. For the other 2 CD pts another BT cycle was started as a maintenance treatment. During the course of BT 2/21 pts underwent surgical intervention. In 1 UC case associated with PSC total colectomy became necessary due to the ineffective BT. In a case of fistulizing, stenotic, postoperative CD female pt on ADA repeated resection was required due to subileus. Complete remission is expected in 11/14 pts under ongoing BT (6 IFX, 5 ADA), and the outcome is unpredictable in 3/14 pts (1 ADA, 2 VED). Biological therapy induced side effects were not noted. **Conclusion:** There was no difference in the efficacy and safety of ADA or IFX treatment. The main indication was steroid dependency in UC, and post-operative recurrence in CD pts.

48

OVESCO FTRD-ENDOSZKÓPOS

Fehér G.¹, Endo Plus Service Kft.¹

A „hagyományos”, napjainkra egyre inkább elterjedt endoszkópos rezekciós technikákat – mint az EMR és az ESD – a gasztrointesztinális traktus kóros szövetképződései (neoplasma) ellátásának hatékony eszközeiként tartják nyilván. Mindazonáltal, ezek a technikák a gasztrointesztinális fal felszínéhez közeli szövetekre korlátozódhatnak. Az endoszkópos teljes-falvastagság rezekció (angol: EFTR – Endoscopic Full-Thickness Resection) egy új eljárás, mely nem régóta került klinikai alkalmazásra. Az eljárás során a daganattal érintett terület radikális, a teljes falvastagságot érintő (serosa-ig) rezekciójára kerül sor flexibilis endoszkópos beavatkozással oly módon, hogy nem csak a daganatos szövet kerül teljes mértékben eltávolításra, de a rezekció helye azonnal zárásra is kerül egy speciális lezáró eszközzel. Ezen eljárás nem csak a diagnosztikus szövetnyerés hatékony eszköze, de az eljárásban benne van a sebészeti rezekciók kiváltásának potenciális lehetősége meghatározott páciensek esetében. Az előadás egy áttekintést kíván adni ezen új klinikai módszerről és az erre kifejlesztett, speciális rezekciós műszerkészletről, az FTRD (full-thickness resection device) szetről és annak gyakorlati alkalmazásáról.

49

PREDICTIVE NATURE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PAIN ON ADMISSION IN ACUTE PANCREATITIS

Földi M.¹, Bajor J.², Vincze Á.², Gede N.³, Török I.⁴, Varjú P.³, Crai S.⁵, Novák J.⁵, Szabó I.², Ramirez Maldonado E.⁶, Sümegi J.⁷, Fehér E.⁸, Vitális Z.⁸, Gajdán L.⁹, Hegyi P.³, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary², Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania⁴, Pándy Kálmán Hospital of Békés County, Gyula, Hungary⁵, General Surgery, Consorci Sanitari del Garraf, Sant Pere de Ribes, Spain⁶, Borsod-Abaúj-Zemplén County Hospital and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary⁷, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁸, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary⁹

Objectives: Pain is a very common symptom in acute pancreatitis (AP), therefore, understanding its characteristics and predictive role is important. Until now, the detailed characteristics have not been investigated. Here, we aimed to analyze the predictive role and clinical characteristics of pain on admission in AP. **Methods:** The Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG) has prospectively collected multicenter clinical data of 1435 adult patients between 2012 and 2017. The specific pain questionnaire contained data in four categories: intensity (visual analog scale, 1–10, mild (mildP): 1–3, moderate (modP): 4–6, severe (sevP): 7–10), duration of pain prior to admission (hours), localization (upper, middle, and lower abdomen), and type (sharp, dull, or cramping). These data were compared with parameters on admission and with the outcome of AP. Statistical analyses were performed accordingly. **Results:** Most of the patients had severe abdominal pain (mildP: 5.23%, modP: 24.48%, sevP: 70.29%). The intensity of pain was directly associated with the severity of AP (mildP: 0% severe AP, modP: 2.81%, sevP: 4.50%; $p < 0.05$), mortality (mildP: 0% moderate: 1.98% severe: 1.76%; mildP vs modP and sevP: $p < 0.05$), local (mildP: 15.79% modP: 28.09% sevP: 25.25%; mildP vs modP and sevP: $p < 0.05$) and systemic complications (mildP: 2.65% modP: 9.55% sevP: 7.83%; mildP vs modP and sevP: $p < 0.05$), higher white blood cell count, elevated lipase and amylase levels, but not with CRP level. The duration of pain was not associated with mortality and severity; however, it markedly influenced the laboratory parameters on admission. The level of amylase and lipase, the amount of RBC and hemoglobin, and pain intensity were decreasing, whereas the level of CRP and the amount of thrombocyte were increasing. Concerning the localization, most of the patients had upper abdominal and epigastric pain. However, localization was not associated with the above-mentioned parameters. Sharp pain was associated with higher mortality, severity, local, and systemic complications vs the other types of pain. **Conclusion:** Higher intensity of pain is associated with worse clinical outcome; therefore, its role should be investigated in clinical trials. The duration of pain prior to admission strongly influence the laboratory parameters on admission, therefore, it should be incorporated into the on admission scoring systems in AP.

50

BILIARY HAMARTOMA AND RETROPERITONEAL HAEMANGIOENDOTHELIOMA. A CASE OF RARE BENIGN FOCAL LESIONS WITH DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC CHALLENGE

Folhoffer A.¹, Mersich T.², Sándor Z.³, Krolopp A.¹, Németh D.¹, Szalay F.¹, 1st Dept of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Dept. of Abdominal Surgery of National Institute of Oncology, Budapest, Hungary², Pathology of National Institute of Oncology³

Background: Von Meyenburg complex is one of the polycystic liver diseases, characterized by bile duct hamartoma. As it is generally asymptomatic usually diagnosed in course of diagnostics

for another reason. Since the cystic malformation could mimic metastasis, micro-abscesses and multiple focal nodular lesion, it has a huge importance in differential diagnosis. **Case report:** We report on a 66-year-old male patient presented with left lower abdominal pain for last two years. In the previous history he had hypertension, atrial fibrillation and inguinal herniotomy and no family history of any liver disease. He underwent multimodality imaging and according to the ultrasound and CT examination a retroperitoneal, retroduodenal tumor was revealed. Tumor markers as AFP, CEA, CA19-9 were negative. Retroperitoneal tumor extirpation and atypical liver resection were performed. The surgically removed 3.7 cm in diameter tumor was histologically identified as Kaposiform haemangioendothelioma, which is a rare lesion at this age and localisation. Liver histology of the tumor removed from segment 5, showed characteristics of von Meyenburg complexes, liver fibrosis and immunohistological signs of HBV infection. Blood tests showed normal transaminases, slightly elevated bilirubin, normal albumin values, HBsAg, anti-HBc antibody and HBV DNA positivity. Anti HCV was negative. Nucleoside analog antiviral treatment was started. In most cases it's hard to define the entire diagnosis based upon ultrasonography imaging only. Patients with von Meyenburg complexes usually do not require treatment, but long-term follow-up is indicated because of the possibility of increased risk for cholangiocarcinoma. The role of environmental factors in the development of the tumors arises, since the patient worked throughout many years in a plastic manufacture. **Conclusion:** Multicystic biliary hamartoma is an extremely rare tumor. The curiosity of our case is the simultaneous occurrence of an extrahepatic hemangioendothelioma and the liver tumor corresponding to typical von Meyenburg complex in HBV induced fibrotic liver disease. Long-term follow-up is required because of the risk of both HBV induced hepatocellular cancer (HCC) and cholangiocarcinoma common in biliary hamartoma.

51

THE ROLES OF CFTR AND SLC26A6 IN EXPERIMENTAL ACUTE PANCREATITIS

Fűr G.¹, Kiss L.¹, Kovács D.¹, Bálint E.¹, Balla Z.¹, Venglovecz V.², Pallagi P.³, Maléth J.³, Hegyi P.⁴, Rakonczay Jr. Z.¹, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary², First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary³, MTA-SZTE Momentum Translational Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary and Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴

Introduction: Several apical ion transporters like cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) and the SLC26A6 anion exchanger are involved in Cl⁻, HCO₃⁻ and fluid secretion of pancreatic ductal cells. Previous studies have shown that impaired function of CFTR worsens the course of acute pancreatitis (AP). However, it is unclear, how AP affects the function of CFTR and SLC26A6 transporters. Therefore, our aims were to examine the expression and function of CFTR and SLC26A6 in normal and pathological conditions of the pancreas. **Materials & methods:** AP was induced in FVB/n mice by intraperitoneal injection of 6 or 10x50 µg/kg cerulein, whereas control animals received physiological saline. Six to 72 hours after the first injection the severity of the disease was assessed by measuring laboratory and histological parameters. CFTR, SLC26A6 and CK-19 (as a marker of ductal epithelial cells) expression was determined by immunofluorescence staining. The function of transporters was tested by intracellular pH measurement on isolated ducts stimulated with the cAMP agonist forskolin. **Results:** In control animals, immunofluorescence staining of CFTR, SLC26A6 and CK-19 proteins were detected in intercalated and intralobular ducts with 3–10 µm in internal diameter. However, 6–48 hours after cerulein-induced AP, the staining pattern of CFTR was markedly disturbed. The expression of CFTR was reduced after 48 hours of cerulein treatment compared to the control. 12 hours after cerulein injection, the intracellular pH measurement revealed decreased apical

transporter activity compared to the control group. This change refers mainly to the function of CFTR and SLC26A6. However, transporters showed normal activity at other time points. **Conclusion:** AP reduced the expression of CFTR in intralobular ducts. However, microdissected larger pancreatic ducts had active and functional apical transporters (including CFTR and SLC26A6) at almost every investigated time point. This study was supported by OTKA, GINOP, EFOP and MTA.

52

ALL-IN. PARTURITION, BIRTH, MRCP AND CHOLECYSTECTOMY IN THE EARLY PHASE OF BILIARY PANCREATITIS IN A 36 WEEKS PREGNANT WOMAN: A CASE REPORT.

Gajdán L.¹, Sárkány Á.², Márta K.¹, Altorjay Á.³, Kellner V.⁴, Kiss E.⁵, Bálint G.², Hegyi P.¹, Izbéki F.¹, Centre for Translational Medicine, University of Pécs – Szent György Teaching Hospital of County Fejér¹, Division of Central Anaesthesiology and Intensive Care Unit, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár², Division of Surgery, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár³, Synlab Laboratory Székesfehérvár, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár⁴, Division of Radiology, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár⁵

Introduction A Pancreatic Centre was established in a county hospital on 01.03.2018 in order to provide specialized care for patients suffering from pancreatic diseases. One week after the opening of the Pancreatic Centre a pregnant woman presented with acute biliary pancreatitis (ABP). Acute pancreatitis in pregnancy makes the management of the disease very challenging, due to limited diagnostic and therapeutic options, while complications can harm both the mother and the baby. **Aim** Here we report a case of a 36 weeks pregnant woman who presented with ABP in our newly established Pancreatic Centre. **Methods** The consensus-based CARE guideline for standardized clinical case reporting was followed. **Result** The 26-year-old woman had 2 previous uncomplicated pregnancies and births. Prior to her admission with ABP she had 5 months history of recurrent, episodic, post prandial, right upper quadrant pain with occasional vomiting. Biliary colic was diagnosed after ultrasonography confirmed stones in the gall bladder. The patient did not need hospital admission and conservative management was suggested. In this index admission she presented to the emergency unit with 2 hours of epigastric pain radiating to her back, which was dissimilar to her previous biliary colic. Blood tests confirmed acute pancreatitis (amylase 581 U/l, lipase 1765 U/l). Ultrasonography showed stones in the gall bladder, but no cholecystitis or dilated biliary tree. A BISAP score of 0 on admission predicted mild pancreatitis. After conservative management was commenced, the symptoms of ABP quickly resolved and parturition started 6h after admission. A healthy baby was born 4 hours later. On day 2 the serum pancreatic enzyme levels were normal again and the abdominal pain resolved. Oral feeding was started and an MRCP was indicated to exclude dilation of the biliary system or stones in the common bile duct. Laparoscopic cholecystectomy was performed on day 3. The patient was transferred on day 4 to the maternity ward. **Conclusion** Parturition and birth does not modify the outcome of acute pancreatitis. The multidisciplinary team in a Pancreatic Centre provides adequate and very quick management of pancreatitis patients, therefore, our case is a very good example of the necessity of centralized medical care for patients suffering from AP.

53

A MÁJ KONTRASZTANYAGOS ULTRAHANG VIZSGÁLATÁNAK INDIKÁCIÓI ÉS A KAPOTT EREDMÉNYEK ELEMZÉSE

Gajdán L.¹, Mag M.¹, Gervain J.¹, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház I. Belgyógyászat, Hepato- Pankreatológiai Részleg, Székesfehérvár¹

Cél: osztályunkon 2016. július 1. óta alkalmazzuk a kontrasztanyag ultrahang vizsgálatot gócos májbetegségek differenciálásában. A módszer korlátait megismertük, ez idő alatt közel 200 vizsgálatot végeztünk. Jelen áttekintés célja az indikációk és a kapott eredmények elemzése. **Módszer:** a vizsgálat alapja a natív hasi UH során észlelt májgóc morfológiája. A kontrasztanyag vizsgálat során a kontrasztdinamika megfigyelésével és elemzésével alkotunk véleményt. Amennyiben a kapott eredmény nem egyértelmű, akkor további képalkotót indikálunk. A leletek elkészültével malignitás gyanúja esetén májbiopsziát végzünk vagy májsebészeti konziliiumot kérünk, egyéb esetben utánkövetést javasolunk. **Betegek, eredmények:** 196 betegnél végeztünk kontrasztanyag UH vizsgálatot (nő/férfi = 111/85), az átlag életkor 55 év volt (18-84). A natív hasi UH a betegek 1/3-ban echodús, 1/3-ban echoszegény gócot írt le. Vegyes echoszerkezetű 15 %-ban, echoszegény gyűrűvel bíró echodús góc 6 %-ban ábrázolódott. A kontrasztanyag vizsgálat során az esetek 3/4-ében benignus (haemangioma, FNH, adenoma, cysta, steatosis), 22%-ban malignus laesiót (primer/secunder tumor = 16/26) véleményeztünk, 5 %-ban nem lehetett karakterizálni az elváltozást. További képalkotó vizsgálatot (CT, MR, izotóp) 55 betegnél indikáltunk. Májbiopsziát 26 esetben végeztünk. 4 esetben a malignitás gyanúját az MR és biopszia kizárta, 2 betegnél benignusnak véleményezett elváltozás az utánkövetés során malignusnak bizonyult. **Következtetések:** a hepaticus gócos, incidentalomák leggyakoribb oka haemangioma, vizsgálataink 41 %-a bizonyult annak. A növekvő számú non-alkoholos steatohepatitis páciensekben a körülírt zsírfelgyűlés vagy focal sparing jelenthet differenciál diagnosztikai problémát. 6%-ban véleményeztünk zsírmájat. A malignitás egyértelmű jele a kontrasztanyag kimosódás (42/196), ezt a vélemény 4 esetben kellett revidálnunk. A natív ultrahang vizsgálatkor echoszegény szegélyű echodús bennéki gócos (12 eset) 100%-ban malignusnak voltak. A 196 esetből 6 alkalommal (3%) kellett az elsődleges diagnózist később módosítanunk. Közel 2 éves időtartam alatt a kontrasztanyag UH vizsgálat rutinszerű alkalmazása meggyorsította, megkönnyítette a májgócok biztonságos karakterizálását. A módszer legnagyobb értéke a benignus és malignus gócos elkülönítésében nyújtott segítség.

54

BILE ACIDS INCREASE MUC4 EXPRESSION AND PROLIFERATION IN PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA

Gál E.¹, Ébert A.², Tiszlavicz L.³, Venglovecz V.⁴, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged², Department of Pathology, University of Szeged³, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged⁴

Introduction: Pancreatic cancer (PC) is the fourth leading cause of cancer death worldwide. 70% of PC occurs in the head of the pancreas and can block the main pancreatic duct and the common bile duct, thus increasing the concentration of bile acids (BAs) in the serum. It is hypothesized that levels of BA's increase the tumorigenic potential of PC cells by changing the expression of oncogenic mucins. MUC4 is a transmembrane glycoprotein that is overexpressed in pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC). **Our aim** was to study the effect of various bile acids on MUC4 expression and proliferation in normal and PDAC cell lines. **Patients and methods:** We treated a normal (HPDEC) and PDAC cell line (Capan-1) with bile acids (glycocholic acid (GCA), taurocholic acid (TCA), glycodeoxycholic acid (GDCA), taurodeoxycholic acid (TDCA), glycochenodeoxycholic acid (GCDCA), and taurochenodeoxycholic acid (TCDCA)) in two different concentrations at 24h, 48h, and 72h. After the treatments we investigated the rate of proliferation and the changes in the mRNA expression of MUC4 using real-time PCR. Expression of MUC4 was also investigated in human pancreas tissues. **Results:** We have shown that in normal pancreatic cell line MUC1,-2,-12,-13,-20 are expressed whereas Capan-1 shows MUC1,-2,-4,-5AC,-5B,-12,-13,-17,-20 expression. Among the BA's TCA, GDCA, TDCA and TCDCA dose- and time- dependently elevated MUC4 expression and increased

the proliferation of these cells. BA's treatment did not influence MUC4 expression in the normal cell line, however long-term incubation with BA's induced cell death. In those patients where PC is associated with obstructive jaundice strong MUC4 positive staining was detected, whereas in the normal pancreas or in the case of pancreatic neuroendocrine tumor MUC4 staining was completely negative. **Conclusion:** We found that in PDAC bile acids increases the proliferation of the cells and the expression of MUC4, which may have significance in the pathophysiology of PC. This study was supported by the National Research, Development and Innovation Office (FK123982 to VV), the Economic Development and Innovation Operative Programme Grants (GINOP-2.3.2-15-2016-00015 to PH, GINOP-2.3.2-15-2016- 00020 to PH), the National Research, Development and Innovation Office, by the Ministry of Human Capacities (EFOP 3.6.2-16-2017-00006 to ZR).

55

LINC00152 LONG NON-CODING RNA PROMOTES THE PROLIFERATION OF SW480 COLON CARCINOMA CELLS THROUGH REGULATION OF CELL CYCLE AND WNT SIGNALING PATHWAY

Galamb O.¹, Kalmár A.¹, Sebestyén A.², Dankó T.², Kriston C.², Wichmann B.¹, Barna G.², Tulassay Z.¹, Igaz P.³, Molnár B.¹, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest², Semmelweis University, 2nd Department of Internal Medicine, Budapest³

Aims: Long non-coding RNAs (lncRNAs) contribute to different cancers including colorectal cancer (CRC). Altered LINC00152 expression in CRC was described, but the mechanism of its effects during CRC development and progression is not well studied. We aimed to study the effects of LINC00152 silencing on the cell cycle regulation and whole transcriptome in colon carcinoma cells. We also analyzed the DNA methylation alterations caused by LINC00152 knockdown. Method: LINC00152 were silenced in SW480 colon carcinoma cells using Stealth siRNAs. Flow cytometric cell cycle analysis was performed using propidium-iodide DNA staining. Cyclin D1 protein expression was detected using flow cytometry. The effect of LINC00152 silencing to genome-wide gene expression was studied on Human Transcriptome Array 2.0 microarrays. DNA methylation alterations after LINC00152 knockdown were evaluated using Reduced Representation Bisulfite Sequencing (RRBS) method. Results: Silencing of LINC00152 significantly suppressed cell growth compared to negative control cells ($p < 0.05$). LINC00152 knockdown caused approximately two- fold increase in apoptosis (48h: si-NEG:4%, si-LINC00152:8%; 72h: si-NEG:11%, si-LINC00152:23%) ($p < 0.05$). Silencing of LINC00152 could reduce cyclin D1 expression already after 48 hours, however, significant decrease was detected after 72 hours in the LINC00152 siRNA-treated cells (si-NEG:MFI=0.70 and si- LINC00152:MFI=0.56) without attenuation of phospho-S6 protein. Whole transcriptome analysis of LINC00152 silenced cells revealed significant under- expression of genes with oncogenic and/or metastasis promoting function (e.g. STC1, YES1, HES1, KLK6, PORCN) and up-regulation of tumor suppressor genes (e.g. DKK1, PERP) (FDR $p < 0.05$, absolute value of $\log_2FC > 1$). Using RRBS, DNA methylation alterations after LINC00152 silencing could be detected genome-wide including hypomethylation in SFRP2 and ALDH1A3 gene promoters. **Conclusion:** Our results suggest that LINC00152 lncRNA can contribute to CRC pathogenesis by facilitating cell proliferation through up-regulation of several oncogenes/metastatic genes in WNT, Notch and TP53 pathways and of cyclin D1 cell cycle progression gene, furthermore, by affecting the promoter methylation status of certain CRC associated genes.

56

MARIHUANA TERÁPIÁS ALKALMAZÁSA GASZTROINTESTINÁLIS BETEGSÉGEKBE

Gasztonyi B.¹, Petrilla P.¹, Szenes M.¹, Zala Megyei Szent Rafael Kórház, Belgyógyászati osztály, Zalaegerszeg¹

A marihuana (cannabis) a világon a leggyakrabban használt drog, több, mint 500 millióan élnek vele. Többféleképpen előállítható, többféle formában fogyasztható, népszerűségét biztonságosságának köszönheti. Bár orvosi alkalmazása régmúlta tekintetű, elfogadottságában és legalizálhatóságában is jelentős különbségek vannak az egyes országok között. A cannabis növényben lévő több mint száz különféle cannabinoid kémiaiailag hasonló az emberi szervezetben megtalálható endocannabinoidokhoz, így a cannabinoidok számos betegsére (pl. reflux betegség, IBS, gyulladásos bélbetegségek, elsősorban Crohn betegség, szklerózis multiplex, skizofrénia, terápia refrakter epilepszia stb.) képesek hatást gyakorolni az emberi endocannabinoid rendszeren keresztül. Előadásunk során ismertetésre kerülnek a cannabinoid receptorok, ezek szerepe a gasztrointesztinális motilitás szabályozásában, a szekréciót, gyulladást, fájdalmat csökkentő hatásában. Kitérünk arra is, hogy az endocannabinoid rendszer hogyan gátolja a makrofágokból és hízósejtekből származó proinflammatorikus citokinek felszabadulását, mi módon csökkentik az extravazációt és az ödéma kialakulását valamint a hasmenéses panaszokat bélbetegségeken. Végezetül szólnánk a már engedélyezett illetve engedélyezés alatt álló készítményekről és azok fő alkalmazási területeiről.

57

TAPASZTALATAINK AZ INNOVATÍV, ELEKTROKAUTERIZÁLÓ CSÚCCSAL ELLÁTOTT, BEHELYEZŐ RENDSZEREN BEVIHETŐ ÖNTÁGULÓ FÉMSTENTTEL A HASNYÁLMIRIGY SZÖVŐDMÉNYES KÖRÜLÍRT FOLYADÉKGYÜLEMEINEK MINIVÁL INVÁZÍV ENDOSZKÓPOS KEZELÉSÉBEN

Geiger E.¹, Bandi T.¹, Szijártó A.¹, Harsányi L.¹, Hritz I.¹, Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Invazív endoszkópos Centrum¹

A hasnyálmirigy eredetű, szövődményes, körülírt folyadék tartalmú gyülemek korábbi kizárólagos kezelési módszere a sebészi beavatkozás volt. Az invazív endoszkópia fejlődésével lehetővé vált, hogy ezeket a gyakran darabos szövettörmelékét is tartalmazó, folyékony bennéki üregeket célzottan, minimál invazív technikával, endoszkópos ultrahang (EUH) segítségével a felső tápcsatorna (többnyire a gyomor) lumenébe szájazzassuk. Ezek a beavatkozások, annak ellenére, hogy mérsékelt invazivitásúak, nagy körültekintést, speciális szakértelmet, valamint korszerű eszközöket és tartozékokat igényelnek. A piacon található, több gyártó által is forgalmazott, megfelelő kommunikációs nyílást az üreg és a tápcsatorna között tartósan fenntartó ún. öntágulós, teret kitöltő fémstent (lumen apposing metal stent – LAMS) behelyezése EUH alkalmazása ellenére is nehézkes, mivel több egyszerű használatos tartozékot (pl. cystotóm, vezetődrótok, tágitó ballon, katéter) és az intervencióban nagy tapasztalattal rendelkező orvos mellett legalább két asszisztens jelenlétét igényli. A beavatkozáshoz az EUH-on kívül röntgen képerősítőre is szükség van, időigényes, a beteg számára megterhelést jelent, szövődmények lehetőségeit rejti magában. Az innovatív, elektrokauterizáló csúccsal ellátott, behelyező rendszeren bevihető LAMS (Hot Axios, Boston Scientific Corporation) lehetőséget teremt EUH-vezérelten a hasnyálmirigy sűrű bennéki, vagy darabos tartalmú körülírt folyadékgyülemeinek belső drenázsára, a szájadék röntgen képerősítő nélkül, egy eszközzel történő kialakításával. A jelenleg egyedülálló bevezető rendszer eszköz- és tartozékcseré nélkül teszi lehetővé a folyadékgyülem biztonságos punkcióját és a stent behelyezését. A biztonságos peremekkel ellátott fedett stent összeköt és a nagy lumene nemcsak hatékony drenázst biztosít, hanem ezen keresztül további endoszkópos intervenciót (direkt necrosectomia) is lehetővé tesz. Az eszköz segítségével a beavatkozás kivitelezése egyszerűsödik, a beavatkozás ideje, a kezelési kockázat mértéke és a szövődmények esélye csökken, a beteggyógyulás javul. Anyagunkban az innovatív LAMS-szal szerzett korai tapasztalatainkat mutatjuk be.

58

HELICOBACTER PYLORI ERADIKÁCIÓ 2 ÉV ÖSSZEHASONLÍTÁSÁBAN

Geley A.¹, Hardy V.¹, Birinyi P.², Szeli D.¹, Merényi K.¹, Döngölő L.¹, Németh A.¹, Nádaí M.¹, Gasztroenterológiai Ambulancia, Betegápoló Irgalmas Rend Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest¹, Mikszáth Kálmán téri Gyógyszertár Budapest²

Bevezetés: A *Helicobacter pylori* eradikáció sikeressége kihívás minden szakambulancia számára. Az utóbbi időben a korábban sikeres eradikációs sémák eredményessége csökkent világ-szerte, és intézetünkben is. 2016-ban a probléma új nemzetközi konszenzushoz vezetett. Feldolgoztuk az eradikációs kezeléseket kórházunk Gasztroenterológiai Ambulanciáján 2016-2017 évben. **Módszer:** Az értékeléshez az eradikációt követő kontroll Helizo kilégzési tesztek eredményét összesítettük, amit a Medsol rendszerünkben regisztrált eradikációs kezelésekkal vetettünk egybe. Az adatokat Excel táblázatba regisztráltuk. Eredményeinket százalékos összehasonlításban értékeljük. **Eredmények:** A két év alatt összesen 247 eradikációt követő Helizo kilégzési kontroll alapján 2016-ban 143 és 2017-ben 104 eradikációt végeztünk. 2016-ban 104 (73%), 2017-ben 82(79%) a sikeres kezelések száma. Sikertelen kezelés 2016-ban 39(27%), 2017-ben 22(21%) volt. 10 napos kezelés 2016-ban 44(31%), 2017-ben 31(30%), 7 napos kezelés 2016-ban 98(69%), 2017-ben 68(65%) volt. A sikeresség/sikertelenség vonatkozásában: 2017-ben 5 sikeres 14 napos kezelés történt. Sikeres 10 napos kezelések száma 2016-ban 32(31%), 2017-ben 27(33%), sikertelen 10 napos kezelések 2016-ban 12(31%), 2017-ben 4(18%). Sikeres 7 napos kezelések száma 2016-ban 72(69%), 2017-ben 50(61%). Sikertelen 7 napos kezelések száma 2016-ban 26(67%), 2017-ben 18(82%). Összefoglalás: A két év összehasonlításában a kontrollált eradikációk száma 39-el csökkent. A sikeres kezelések 6%-al javultak. A sikertelen kezelések 6 %-al csökkentek. A 10 napos kezelések aránya nem változott. 7 napos kezelések száma 4 %-al csökkent. A 14 napos kezelések 2017-ben sikeresek voltak. Sikeres 10 napos kezelések aránya nem változott. Sikertelen 10 napos kezelések 13%-al csökkentek. Sikeres 7 napos kezelések 8 %-al csökkentek. Sikertelen 7 napos kezelés aránya magas és 15%-al növekedett. Retrospektív feldolgozásunk alátámasztja az eradikációs kezelések 7-ről 14 napra való emelésének fontosságát, melyet a legújabb irányelvek hangsúlyoznak.

59

MAGYARORSZÁGI C VÍRUS HEPATITISES BETEGEK GENOTÍPUS MEGOSZTLÁSÁNAK ELEMZÉSE (2000-2017)

Gervain J.¹, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár, I.Bel/Hepato-Pancreatológia és Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium¹

Bevezetés: A hepatitis C vírus (HCV) nagy szerkezeti variabilitást mutat. 2005-ben a pontosabb szekvenáló technikák eredményei alapján módosították az addig elfogadott vírus genotípus klasszifikációt, az új nomenklátúra 7 genotípust és 67 szubtypust különít el. A genotípusok nukleotid szekvenciája 31-34%-ban, a szubtypusok 20-23%-ban térnek el egymástól. Megoszlásuk földrajzilag különböző. Meghatározásuk egyrészt epidemiológiai szempontból, másrészt a hatékony antivirális terápia indikálása szempontjából fontos. **Célkitűzés:** Molekuláris Diagnosztikai Laboratóriumunkban 2000-2018.02. között végzett 5917 HCV genotípus eredményt elemeztük típus-szubtípus, nem, életkor, magyarországi régiókon belüli megoszlás alapján. Vizsgáltuk a különböző laboratóriumi módszerekkel kapott eredmények közötti különbséget. **Módszerek:** INNO-LIPA HCV II. (Innogenetics) és Versant HCV Genotype 2.0 (Siemens) hibridizációs módszerek, melyek az 5'UTR és 5'UTR+core régió, 2016 óta Cobas HCV GT (Cobas 4800, Roche) real time PCR módszer, mely 5'UTR+core+NS5B régiók vizsgálatán alapul. **Eredmények:** Genotípus megoszlás: 1a:5,5%; 1b:84,6%; (1a+1b):5,5%; 2:0,6%; 3:1,6%; 4:0,8%; 5:0,1%; vegyes:1,3%. Nő: férfi = 52%:48%. Legmagasabb a fertőzöttség a 40-50 éves: 20%, az 50-60 éves: 37% és a 60-70 éves korosztályban: 20%. A négy Magyarországi régiót és Budapest+körméket

részenként vizsgálva jelentős genotípus aszimmetriát nem találtunk. A 3-as genotípus előfordulása még mindig alacsony, bár az utóbbi öt évben az 50 év alatti korosztályban nőtt a számuk: 2-3,2%. Következtetés: 17 év alatt hazánkban a C vírus fertőzött genotípus megoszlásában jelentős változás nem történt, most is az 1/b a leggyakoribb szubtípus, mely a 2. generációs direkt antivirális gyógyszerekkel közel 100%-ban gyógyítható. Kezelési problémát a 3-as típus jelent. A 2016-ban Laboratóriumunkban bevezetett Cobas 4800 real-time genotípus módszerrel kapott eredmények között kevesebb a többszörösen vegyes fertőzöttség, ami a módszer pontosságára vezethető vissza és ez segíti a hatékony antivirális terápia választását.

60

PROSPECTIVE ANALYSIS OF THE COLONOSCOPY QUALITY INDICATORS IN OUR DEPARTMENT

Gódi S.¹, Pécsi D.², Bajor J.¹, Czimmer J.¹, Hágendorn R.¹, Illés A.¹, Pakodi F.¹, Sarlós P.¹, Szabó I.¹, Vincze A.¹, 1st Department of Medicine, Division of Gastroenterology, University of Pécs, Pécs¹, Centre for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs²

Aims: To maintain high quality colonoscopy, the quality indicators have to be monitored continuously. The quality indicators used were published by the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) in 2017. **Methods:** The quality indicators were recorded on a data sheet besides the colonoscopy report for easier evaluation. Detailed prospective data were obtained prospectively on 1404 colonoscopies in 2017. The indication was recorded in 82 % of the data sheets. The indication was screening in 158 and follow up was in 295 examinations (39% of the colonoscopies). These examinations were analyzed separately. **Results:** These examinations were performed by 12 gastroenterologists with different experience and annual number of colonoscopies. The quality of the bowel preparation was recorded in 80% of the examinations using the Boston Bowel Preparation Scale. The quality of the bowel preparation was adequate (at least 2 points in each segment of the colon) in 285 colonoscopies (78 %). Photo documentation was performed in 86% of the examinations (ranging between 70-100 %). The average caecum intubation time was 9:39 minutes (6:18-16:04 minutes), the average withdrawal time was 10:56 minutes. The caecum was not intubated in 3 cases (1%). While the polyp detection rate was 43 % (16-60%), the adenoma detection rate was 28 % (0-43 %). Colorectal cancer was found in 7 cases (2%). Comparing to the guideline published by the ESGE recording of the indication and the quality of bowel preparation was below the minimal requirements (82% vs. 85% and 90% vs. 100%). The rate of the caecum intubation, the withdrawal time and the adenoma detection rate were adequate. **Conclusion:** The quality indicators of participating colonoscopists and endoscopic departments need to be scrutinized before the nationwide colorectal screening programme is rolled out. The quality of bowel preparation could be improved with updated patient information leaflets. The colonoscopists who can not meet the requirements need to be trained to maintain high quality examinations.

61

CENTRALIZED CARE OF ACUTE PANCREATITIS SIGNIFICANTLY IMPROVES ITS OUTCOMES

Gódi S.¹, Erőss B.², Vincze Á.¹, Farkas N.², Párniczky A.², Szentesi A.², Mikó A.², Gyömbér Z.³, Márta K.², Sarlós P.¹, Bajor J.¹, Takács T.², Czákó L.³, Szepes Z.³, Hegyi P.², 1st Department of Medicine, Division of Gastroenterology, University of Pécs, Pécs¹, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs², 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged³

Aim: In this observational study, we investigated whether specialized care improves outcomes of acute pancreatitis (AP). **Methods:** Consecutive patients admitted to two university hospitals with AP between 01.01.2016.-31.12.2016. were enrolled in this study (group A: specialized center, group B: general medical care). Data on demographic characteristics, etiology, severity, mortality and quality of care (enteral nutrition and antibiotic use)

of AP were extracted from the Hungarian Acute Pancreatitis Registry. Independent sample t-test, Mann-Whitney test, Chi-squared or Fisher test were used for statistical analyses. Costs of care were calculated and compared in the two models of care. **Results:** There were 355 patients enrolled between 01.01.2016 and 31.12.2016., 195 patients in the specialized center (group A) and 160 patients in the general medical hospital (group B). There was no difference in the mean age (57.02, +/-17.16 vs 57.31, +/-16.50, $P=0.872$) and sex ratio (56% males vs 57% males, $P=0.837$) between group A and B; allowing comparison without selection bias. Group A had lower mortality ($n=2$, 1.03% vs $n=16$, 6.25%, $P=0.007$), more patients received enteral feeding ($n=179$, 91.8%, vs $n=36$, 22.5%, $P<0.001$), less patients were treated with antibiotics ($n=85$, 43.6% vs $n=123$, 76.9%, $P=0.001$) and the median length of hospitalization was shorter (Me 6, IQR 5-9 vs Me 8, IQR 6-11, $P=0.02$). Costs of care were 25% less in group A. **Conclusion:** Our data suggests that treatment of AP in specialized centers improves its mortality, the quality of care, the length of hospitalization and reduces the costs of care.

62

INITIAL EXPERIENCES WITH TRANSPANCREATIC PRECUT SPHINCTEROTOMY

Gódi S.¹, Pécsi D.², Pakodi F.¹, Szabó I.¹, Vincze Á.¹, 1st Department of Medicine, Division of Gastroenterology, University of Pécs, Pécs¹, Centre for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs²

Introduction: In certain cases of ERCP with naive papilla biliary access cannot be obtained with standard cannulation. In these cases, advanced techniques, for example precut papillotomy may help. With transpancreatic precut sphincterotomy (TPS) the precut is performed with the sphincterotome in the biliary direction while a guidewire and the tip of the sphincterotome is inserted in the main pancreatic duct. **Methods:** ERCP related procedural data (cannulation technique, cannulation time, success rate, complications, etc.) are collected prospectively in the Hungarian ERCP Registry at our department since the beginning of 2017. All TPS and needle knife precut (NKP) cases were collected from the databases and the outcomes of these advanced biliary cannulation techniques were compared. **Results:** TPS was performed in 15, while NKP in 109 cases. Prophylactic pancreas stent (PPS) was inserted after TPS in 14 cases (93.3%), while in 17 (15.9%) cases after NKP. All TPS, 103 (94.4 %) NKP patients received 100 mg indomethacin suppository after the procedure. The success rate (86.6 % vs. 85.3%), the post-ERCP pancreatitis rate (2.2% vs. 4.6%) and the perforation rate (0% vs. 4.6%) were more favourable in the TPS group compared to the NKP group. The rate of significant bleeding was less in the NKP group (13.3% vs 7.4%). **Conclusion:** Our data suggest that TPS with PPS insertion can be a safe and useful tool in difficult biliary access, when the guidewire can be inserted deeply in the main pancreatic duct.

63

NEM MINDEN CROHN, AMI ANNAK FÉNYLIK. VAGY MÉGIS?

Golovics P.¹, Schafer E.¹, Bakucz T.¹, András P.¹, Zsigmond F.¹, Banai J.¹, Szamosi T.¹, Herszényi L.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ-Gastroenterológiai osztály¹

Az 1991-ben született fiatal férfibeteg panaszai 2017 augusztusában kezdődtek, lázzal, hányással, hasmenéssel. Vidéki kórházban, kezdetben vírusos gastroenteritisnek gondolták. 1 héttel később a hasmenés fokozódott, véressé vált, majd vizelési panasz alakult ki. Ekkor hospitalizáció mellett colonoscopos vizsgálatot végeztek ahol számos mély diverticulomot láttak valamint ödémás Bauhin billentyű miatt a terminalis ileumba bejutni nem tudtak. CT vizsgálat során a kismencedében egy 18x20x20cm-es vaskos falú, kifejezetten tárgult bélkacsok voltak láthatóak nívóval. A colon területén bélfal megvastagodás nem ábrázolódott. Mechanikus ileust és kismencedei ureter compressiot okozó térfoglalást véleményeztek. Az ileust okozó vékonybél konglomeratum miatt műtét történt, a műtét során a hólyag mögött a fenti

bélkonglomeratum és a sigma között abscessust találtak, onkotomia is történt és az összenőtt gyulladt ileum szakaszt resecálták. A vékonybél anastomosis insufficiencia miatt reoperatio és re-resectio történt. Ezt követően még két alkalommal volt szükség reoperatióra és re-resectiora, végül ileostomat helyeztek fel. A beteget 2017 novemberben referálták Kórházunk felé, ahol a korábban elvégzett összes műtéti preparatum szövettani leletet újraértékelítettük, de Crohn-betegsége utaló eltérést nem tudtunk megfigyelni. A továbbra is váladékozó hasfali seb miatt ismételt CT vizsgálat történt ahol tályogreziduum került leírásra. Gastroscoopia során eltérést nem láttunk. A betegnél kizárólagos enterális táplálást kezdtünk, emellett a fistula hozama csökkent, feculens váladék megszűnt, továbbiakban csak pus ürült Irrigoscoopia során colon diverticulosis volt látható. Immunszerológiai vizsgálat negatív volt. Tekintettel a nem egyértelmű klinikai képre ismételt ileocolonoscopos vizsgálat történt ahol sigma diverticulosis került leírásra, IBD makroszkóposan nem volt igazolható. Az elvégzett szövettani kép jelenleg sem tudott Crohn betegsége jellemző eltérést igazolni. Összefoglalásként a fenti beteg kapcsán szeretnénk felhívni a figyelmet a Crohn- betegség és a fiatal korban kezdődő diverticulitis differenciál diagnosztikai nehézségeire. A beteg kivizsgálása, ismételt vizsgálati folyamatban vannak, hiszen a két betegség kezelése eltérő, ezért a pontos diagnózis ebben az esetben alapvető.

64

CHARACTERIZATION OF THE ORAI1 MEDIATED CA2+ ENTRY IN MOUSE PANCREATIC DUCTAL CELLS

Görög M.¹, Grassalkovich A.¹, Madácsy T.¹, Papp N.¹, Balázs A.¹, Pallagi P.¹, Rakonczay Z.², Hegyi P.³, Maléth J.⁴, University of Szeged, First Dept of Medicine, MTA-SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary,¹ University of Szeged, Dept of Pathophysiology, Szeged, Hungary,² University of Szeged and Pécs, Dept of Translational Medicine/ First Dept of Medicine, Szeged and Pécs, Hungary,³ University of Szeged, First Dept of Medicine, MTA-SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group and Department of Public Health, Szeged, Hungary⁴

Objectives Acute pancreatitis (AP) is a severe inflammatory disorder with significant mortality and no treatment, urging the identification of novel drug targets. Toxic intracellular Ca²⁺ overload is the hallmark of AP pathogenesis and the inhibition of the plasma membrane Ca²⁺ channel. Orai1 in pancreatic acinar cells markedly decreased the Ca²⁺ toxicity and the severity of AP, but we have no information about the role of Orai1 mediated Ca²⁺ influx in pancreatic ductal cell (PDC) functions. We aimed to clarify the role of Orai1 in pancreatic ductal physiology and pathophysiology. **Methods** Intact pancreatic ductal fragments were isolated from FVB/N mice. During the study GSK-7975A and a specific Orai1 inhibitor from CalciMedica (CM-C) were tested. Expression of Orai1 in PDC was studied by immunofluorescent staining. The intracellular pH and Ca²⁺ levels of the PDC were measured by microfluorimetry. In vivo fluid secretion was measured in anesthetized mice. Experimental AP was induced by 7 hourly intraperitoneal injection of cerulean (50µg/bwkg). **Results** Orai1 was expressed at the apical membrane of the PDC. 10µM GSK-7975A or 10µM CM-C completely inhibited Ca²⁺ influx during the plateau phase of the Ca²⁺ elevation induced by 100µM Carbachol. Store operated Ca²⁺ entry (achieved by the administration of 25µM cyclopiazonic acid) was significantly decreased by 10µM GSK-7975A or 10µM CM-C (52.1±0.342%, and 55.03±0.122% respectively). In addition, CM-C significantly decreased the chenodeoxycholate evoked Ca²⁺ elevation (~40%) and impaired the inhibition of ductal HCO₃⁻ secretion by bile acids. 20mg/bwkg CM-C significantly reduced the severity of cerulean-induced AP. CM-C by itself had no effect on the in vivo pancreatic secretion in control animals, but significantly improved the in vivo fluid secretion during AP. **Conclusion** Our results suggest that the Orai1 mediated Ca²⁺ entry plays a major role in pancreatic ductal physiology and pathophysiology. The inhibition of Orai1 might be a potential option for AP treatment by preventing the damage of pancreatic ductal function.

65

ALCOHOL CONSUMPTION AND SMOKING SYNERGIZE WITH EACH OTHER AND INCREASE THE RISK OF LOCAL COMPLICATIONS IN ACUTE PANCREATITIS

Gyömbér Z.¹, Vincze Á.², Izbéki F.³, Hamvas J.⁴, Varga M.⁵, Gódi S.⁶, Gede N.⁷, Sallinen V.⁸, Macarie M.⁹, Török I.⁹, Góg C.¹⁰, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary², Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary³, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary⁴, Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary⁵, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁶, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁷, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland⁸, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania⁹, Healthcare Center of County Csongrád, Makó, Hungary¹⁰

Both alcohol consumption and cigarette smoking have been reported to have harmful effects on the pancreas. These addictions very often go together, therefore careful investigations are crucially needed to understand their independent/synergic effects on the pancreas. A total of 1435 adult patient were enrolled from 2012 to 2017 with the diagnosis of acute pancreatitis (AP) in 28 healthcare centres by the Hungarian Pancreatic Study Group. Specific questionnaires for AP including information on cigarette smoking and alcohol consumption were used, whereas detailed clinical data such as the results of laboratory parameters and imaging, the course and the outcome of AP episodes were collected. 692 (48.32%) of the patients were non-drinkers and non-smokers (ND-NS). 615 of the patients were drinkers (D) (43.0%). 279 (45.4%) of the drinkers did not smoke (D-NS), whereas 336 (54.6%) of them were smokers (D-S) as well. The age of onset was 61.1y in the ND-NS group, 55.1y in the D-NS and 46.3y in the D-S group. The female/male ratio was 0.6 in the ND-NS group, 3.15 in the D-NS and 5.99 in the D-S group. Drinking alone had no effect on the BMI (ND-NS: 28.2, D-NS: 28.2), but smoking in addition to drinking decreased it (D-S: 25.7). Concerning the parameters on admission the ND-NS, D-NS and D-S groups were as follows: amylase (U/L): 1310±1351, 1009±1194, 737±1237; lipase (U/L): 3233±4911, 2617±3350, 2035±6617; CRP (mg/L): 53±77, 51±72, 63±80; WBC (G/L): 13±5.5, 13.3±6.4, 13.6±5.7. Smoking had synergic effect with drinking on local complications (ND-NS: 34.4%, D-NS: 37.5%, D-S: 44.1%) such as necrosis (8.8%, 11.0%, 11.5%), development of pseudocyst (9.0%, 9.2%, 13.3%) and fluid collection (28.3%, 31.3%, 35.5%). The percentage of moderate AP copied the same pattern (24.9%, 26.8% and 31.9%). We could see no difference in mortality and the rate of severe AP. Drinking and smoking together also elevate the risk for acute recurrent pancreatitis (ARP). 18.9% of the patients had ARP in the ND-NS, 23.5% in the D-NS, whereas 31.9% in the D-S groups. Drinking and smoking together results in the onset of pancreatitis 15 years earlier, in addition it elevates the risk for recurrence of the disease. Drinking and smoking synergize with each other and increase the rate of local complications.

66

AGGKORÚ BETEG MASSZÍVAN VÉRZŐ GIST TUMORA A GYOMORBAN. GASZTROENTEROLÓGUS ÉS SEBÉSZ KOOPERÁCIÓJA A KEZELÉSI STRATÉGIÁBAN

György A.¹, Tóth G.², Székely G.², Szabó H.³, Barok B.¹, Csomor B.¹, Lukovich P.¹, Sebészeti Osztály, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest¹, I. Belgyógyászati - Gasztroenterológiai Osztály, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest², Patológiai Osztály, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest³

Bevezetés: A gasztrointesztinális stromális tumorok (GIST) az emésztőrendszer ritka mesenchymalis eredetű daganatai, incidenciája az idős betegek esetében növekvő tendenciát mutat. **Esetismertetés:** 88 éves női betegünknel 2016-ban GERD miatt

végzett gastroscopia a gyomor corpusában egy 4 cm-es submucosa tumort fedezett fel, CT és endoscopy UH GIST-nek írta le az elváltozást. A beteg a sebészeti beavatkozást, ill. gyógyszeres terápiát is elutasította. Rendszeres kontroll vizsgálatok során a betegség nem mutatott számottevő lokális progressziót, ill. távoli áttétet sem találtunk. 2018. januárjában a beteg masszív gasztrointesztinális vérzés, melaena miatt került sürgős felvételre. Hasi UH vizsgálat epigastriumában egy 50x54 mm-es szolid képletet írt le, közepén kis hypodens területtel. Urgens gastroscopia a mellső falon, angularisan a korábban leírt kb. 5 cm-es, de már exulcerált felszínű, egyenetlen, vérékeny tumort talált. A vérzés akut megszüntetésére a vérző területet tonogennel infiltráltuk. Súlyos anaemiájának (61g/L) korrigálását követően a daganat sebészeti úton való eltávolítását terveztük, azonban kiterjedt bronchopneumonia miatt a műtétet csak egy hónappal később, a tüdőgyulladás szanálása után és a beteg roborálását követően tudtuk elvégezni. A műtétet követő első napon a beteget mobilizáltuk, folyadékot fogyasztott, második napon pépes ételt fogyasztott, 5. napon emittáltuk. **Megbeszélés:** A gasztrointesztinális stromális tumorok 50-70%-a a gyomorban helyezkedik el. Általában tünetmentesek, de gazdag érhálózatuk miatt a betegségre utaló első jel gyakran a tumor vérzése. Megszüntetésére leggyakrabban haemoklippet alkalmaznak, hosszú távú kezelésében a gold standard terápia a sebészeti resectio. A fast track surgery módszer alkalmazása elősegíti a beteg korai mobilizációját, csökkenti a műtét okozta stresszhatást és a posztoperatív szövődmények számát. Betegek esetére a modern perioperatív protokoll használatát, illetve az endoscopy vérzéscsillapító megoldás bridge-ing terápiként való alkalmazása tekintetében érdekes.

67

HASMENÉS, HASI GÖRCSÖK, PASSAGE ZAVAR... EZ CSAK CROHN-BETEGSÉG LEHET?

Hajdu H.¹, Szamosi T.¹, Zsigmond F.¹, Farkas K.², Hentes T.², Iványi A.², Lestár B.², Lahm E.³, Gyüre K.⁴, Jakab K.⁴, Herszényi L.¹, 1 MH EK Gasztroenterológia¹, 2 MH EK Sebészeti Osztály², MH EK Onkológia³, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Radiológia⁴

Bevezetés: Crohn-betegség a bélrendszer krónikus, transmuralis gyulladásával járó betegsége, mely gyakran aspecifikus tünetekkel jár. Crohn-betegség bármely életkorban jelentkezhet, de általában 20-30 éves kor között. Két eset kapcsán a Crohn-betegségre, mint differenciál diagnosztikai problémára szeretnénk rávilágítani. **Esetismertetés:** Első esetünkben egy 40 éves férfi került felvételre másik kórházból hasi panaszok, hasmenés és fogyás miatt. Hasi CT vizsgálat vékonybél subileust okozó term. ileum szűkületet írt le. Crohn-betegség merült fel, antibiotikumot és szteroid lökés terápiát kapott, mely átmenetileg csökkentette panaszait. Osztályunkra érkezéskor a diagnózis igazolását terveztük, de vékonybél passage zavart tapasztaltunk, natív hasi röntgen lelete kezeléssel ellenére progressziót írt le, így vékonybél ileus miatt akut műtét történt. Terminális ileum-coecum-colon asc. resectiót végeztek, végállású ileostomát kapott. Kórszövettani eredménye invazív vékonybél adenocarcinoma-t igazolt, nyirokcsomó és peritoneális áttétekkel, Crohn-betegségre utaló jel nem volt. Postoperatív időszakban hasi CT vizsgálatok többszörös hasüregi tályogokat írtak le, újabb műtét már nem volt kivitelezhető. Páciens egy évig kapott antibiotikum védelemben kemoterápiát, azonban a kezelés ellenére exitált. Második esetünkben egy 34 éves nőt beteget referáltak másik intézményből, szintén Crohn-betegség gyanúja miatt. Fő panaszai a gyakori hasmenés, hasi görcs volt, CT vizsgálat inkomplett ileust okozó megvastagodott, kiszélesedett terminális ileumot írt le. Tünetei konzervatív kezelés nem javultak. Műtét során jobb o-i hemicolectomiát, ileum resectiót végeztek, ileotransversostoma kialakításával. Kórszövettani eredménye term. ileum adenocarcinoma-t igazolt, Crohn-betegséget nem, kemoterápia indult. Metasztázis nem igazolódott. Beteg azóta tumormentes. **Következtetés:** A vékonybél malignus daganatai ritkák, az emésztőszervi daganatok kevesebb, mint 5 százalékát teszik ki. A vékonybél adenocarcinoma occult vérzéssel hívhatja fel magára a figyelmet, de hasi görcsök, hasmenés, puffadás is utalhat rá, bél-elzáródást okozhat. Tünetei és a képalkotó leletek eredménye hasonlíthat a Crohn-betegségre, de a típusos időszakon kívül eső,

középkorú betegek esetén gondolni kell a malignitás lehetőségére is, mivel a felesleges immunuszuppresszív kezelés vagy a műtéti kezelés késlekedése súlyos következményekkel jár.

68

URGENS ENDOSCOPOS ULTRAHANG VIZSGÁLATOK JELENTŐSÉGE ACUT BILIÁRIS KÓRKÉPEK ELLÁTÁSÁBAN

Hamvas J.¹, Pósfai G.², Lázár Balázs B.¹, Bajcsy-Zsilinszky kórház gasztroenterológia¹, Bajcsy-Zsilinszky kórház Sebészet²

Az endoscopos ultrahang elsődleges differenciáldiagnosztikai lehetőség a gasztrointesztinális traktus számos betegségében. Állásosságban tervezetten a kivizsgálás részeként végezzük. Sürgősségi indikációt a biliopancreaticus betegségek, gyanított biliaris eredetű pancreatitis, choledocholithiasis- microlithiasis, acut biliaris pancreatitis, cholecystitis, postoperatív esetek képeznek. Relatív acut indikáció lehet a sikertelen ERCP-t követő invazív EUH, subcardiális varixok, vascularis történések eseteiben végzett diagnosztikus és/vagy terápiás EUH vizsgálat. A mindennapi gyakorlatban a choledocholithiasis- microlithiasis a legfontosabb EUH indikáció, amely eldöntheti az ERCP vagy sebészeti beavatkozás szükségességét. Choledocholithiasis gyanúja emelkedett obstructio labor. értékek, transabdominális UH-n nem igazolható epeúti kövesség esetén merül fel. A vizsgálat végezhető radiális fejjel (radial array) és lineális fejjel (linear array) is. ERCP indikáció mérlegelésre EUH, MRCP alkalmas. Azu előzetesen elvégzett EUH szenzitivitása magasabb az ERCP-vel elérhető értékeknél, 91% - 97% , specificitás 97% - 98% choledocholithiasis felismerésében. Irodalmi adatok szerint a szövődmények, mortalitás és a költségek jelentősen csökkentek. Sebészeti Osztályunkkal együttműködve rendszeresen végzünk preoperatív EUH -t, amely alapján ERCP végzünk, vagy műtétet javasolunk. Eredményeinket tapasztalatainkat igazolt cholecystolithiasis, bizonytalan eredetű enzimemelkedése esetén végzett EUH vizsgálat alapján mutatjuk be.

69

WALLED OFF PANCREAS NECROSIS, PANCREAS TÁLYOG ELLÁTÁSI LEHETŐSÉGE ENDOSCOPOS ULTRAHANG VEZÉRELT GASTROCYSTOSTOMÁVAL.

Hamvas J.¹, Takács R.¹, Pósfai G.², Lázár B.¹, Bajcsy-Zsilinszky kórház gasztroenterológia¹, Bajcsy-Zsilinszky kórház Sebészet²

A walled off necrosisok az acut necrotizáló pancreatitist követően legkorábban 4 héttel alkalmassá válhatnak a az EUH intervencióra. Esetünkben felülfertőzött necrosis EUH vezérelt szájaztatása történt fémsztent beültetésével. 38 é. nőbeteg, ismert cholecystolithiasis, dithiba miatt acut shub, chledcholthisis eredetű acut pancreatis miatt kezeltük. ERCP kőextractiot, preventív Wirsung stent, parenterális és jejunalis táplálás mellett necrotikus üreg alakult ki amely spontán felszívódást nem mutatott. CT, EUH alapján szájaztatást terveztünk. A beavatkozás során sűrűgenny ürült az üregből. Nasocavitális szonda és lumenmegtartó fémsztent mellett az üreg kiürült a bennék feltisztult. A SEMS eltávolítása után azonnal kettős pigtail drait juttatunk be, és a beteget jó állapotban hazabocsátottuk. A pigtailt eltávolítottuk, üreg már nem volt látható. A WOPN és pancreas necrosisok ellátása komplex EUH és mesterséges táplálás feladat, megfelelő időzítéssel sikerrel kecsegtet.

70

BEVACIZUMAB IN THE FIRST-LINE TREATMENT OF METASTATIC LEFT-SIDED COLON CANCER: DOES IT INFLUENCE PATIENTS' OUTCOME?

Harisi R.¹, Dél-pesti Centrumkórház – OHII Onkológiai osztály¹

Colorectal cancer (CRC) exhibits differences in incidence, pathogenesis, molecular pathways and outcome depending on the location of the tumor. Differences in the microbiome, clinical characteristics, chromosomal and molecular characteristics between the right-side colon cancer (RCC) and the left-side colon cancer (LCC) have been reported. For metastatic CRC, clinical studies now provide strong evidence about the prognostic and

the predictive value of the primary tumor's location. A meta-analysis of clinical studies reporting overall survival (OS) data for patients with metastatic LCC and RCC revealed that those with RCC had poorer prognosis than those with LCC. Moreover, tumor localization might be predictive of treatment benefit to EGFR inhibitors and their use seem to be recommendable for LCC, as demonstrated by retrospective analyses of some clinical trials. The efficacy of bevacizumab seems to be independent of tumor location. The aim of our study was to investigate the correlation of patients' outcome affected by metastatic LCC receiving first-line chemotherapy with bevacizumab.

71

THE FIRST DEFINITION FOR EARLY CHRONIC PANCREATITIS

Hegyi P.¹, Erőss B.¹, Mátrai P.¹, Hamvas J.², Pécsi D.¹, Németh B.³, Illés A.⁴, Bajor J.⁴, Kovács G.⁵, Macarie M.⁶, Tüzün Ince A.⁷, Szepes Z.³, Attila S.⁸, Varga M.⁹, Hegyi P.¹, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary², First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁵, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania⁶, Hospital of Bezmialem Vakif University, School of Medicine, Istanbul, Turkey⁷, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét, Hungary⁸, Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary⁹

Background. Early diagnosis of chronic pancreatitis (CP) would be important in order to stop the disease progression in time. Unfortunately, neither definitions nor biomarkers of early CP are available. It has been reported that acute recurrent pancreatitis (ARP) can lead to CP, therefore, the number of previous attacks or ARP-associated parameters may be suitable for characterizing early CP. The main aim of this study is to identify biomarkers which are significantly different in acute pancreatitis (AP), ARP, and CP. Another aim is to understand the modifying effect of the number of acute episodes which could be considered as early CP. **Methods.** The Hungarian Pancreatic Study group has built up a prospective register of subjects with AP. In the last six years, precise clinical data were collected from 1435 patients. In this study, data on the number of episodes from 1315 patients with high data accuracy were analyzed. Results. In our cohort, 983 (74.75%), 270 (20.53%), 62 (4.72%) patients had a single episode of AP, ARP, and CP, respectively. In the ARP group, 173 patients (64.07%) had 2 episodes, 43 (15.93%) had 3 episodes, 24 (8.89%) had 4 episodes, and 30 (11.11%) had 5 or more episodes. Thirteen biomarkers were significantly different in the first attack of AP and CP. The significant difference between AP and CP disappeared after the second episode of AP concerning 8 biomarkers (gender, age, biliary etiology, alcohol consumption, pseudocyst development, gammaGT, amylase, and red blood cell count), as did after the third episode concerning 3 biomarkers (biliary etiology, body mass index, ASAT) as did after the fourth and fifth episodes concerning 2 biomarkers (ALAT and smoking). As an average, the significant differences between AP and CP disappeared from 2.63 attacks. The average number of acute episodes of patients with pre-existing morphological alterations of the pancreas (CP group) was 4.77. **Conclusions.** A definition of early CP may be 3 or more previous attacks of AP without chronic morphological alterations in the pancreas.

72

MISFOLDING CARBOXYPEPTIDASE MUTANT INDUCES CHRONIC PANCREATITIS IN MICE

Hegyi E.¹, Sahin-Toth M.¹, Center for Exocrine Disorders, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston¹, Institute for Translational Medicine, University of Pécs Medical School, Pécs²

Objective. Genetic susceptibility plays an important role in the development of chronic pancreatitis. Recently, it has been demonstrated, that loss-of-function mutations in CPA1, which encodes the digestive enzyme carboxypeptidase A1, are associated with early-onset chronic pancreatitis. In vitro functional studies indicate that pathogenic CPA1 variants exert their effect via the so-called misfolding-dependent pathological pathway characterized by endoplasmic reticulum stress due to mutation-induced misfolding of digestive enzymes. However, in vivo evidence has been lacking. The objective of the present study was to generate a murine model that recapitulates features of CPA1-associated chronic pancreatitis. **Methods.** To study the mechanism of action of CPA1 variants in vivo, a novel Cpa1 N256K knock-in mouse strain was created carrying the most frequently reported human CPA1 p.N256K mutation in the mouse Cpa1 gene. Pathological changes in the pancreata and ER stress were assessed in the mutant strain and compared to C57BL/6N and Cpa1 null control mice. **Results.** In the Cpa1 N256K mutant mice we observed characteristic features of chronic pancreatitis that included progressive acinar cell atrophy, inflammatory cell infiltration, fibrosis and pseudo-tubular complex formation. Contrary to the mutant mice both control strains showed no signs of pancreatic damage. Mutation p.N256K induced misfolding of mouse Cpa1 and resulted in elevated expression of ER stress markers Hspa5 (BiP) and Ddit3 (CHOP) in the Cpa1 N256K strain. Our data clearly demonstrate that CPA1 mutations lead to enzyme misfolding and cause chronic pancreatitis via an ER-stress related mechanism. **Conclusion.** We present the first mouse model of spontaneous chronic pancreatitis associated with digestive enzyme misfolding and endoplasmic reticulum stress. This model may be beneficial in testing the effects of various environmental factors or pharmaceutical drugs on the course of the disease.

73

REFLUX RELATED SYMPTOMS ARE LESS COMMON IN SOUTH-EAST HUNGARIANS, THAN IN SUBJECTS OF THE WESTERN COUNTRIES

Helle K.¹, Bálint L.¹, Ollé G.¹, Róka R.¹, Inczei O.¹, Vadász K.¹, Wittmann T.¹, Szekeres L.², Rosztóczy A.¹, SZTE I. Belgyógyászati Klinika¹, Hungarian National Blood Transfusion Service, Szeged, Hungary²

Introduction: Most population based epidemiologic studies indicate approximately 20% prevalence of GER related typical symptoms appearing at least monthly. Since most of these works were carried out in the western countries, a little is known about Central-Europe, where substantial part of the population still lives outside of the larger cities. The aim of the study was to obtain population-based data on the prevalence of GER related symptoms in South-East Hungary. **Methods:** Two thousand and two consecutive blood donor volunteers (M/F: 1156/846, mean age: 39 (17-66) 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 22% (450/2002) and 17% (333/2002) of the studied healthy subjects. The 63% and 51% of them 282/450 and 170/333 had such symptoms less than once per month. Monthly heartburn episodes were reported by 14, and weekly by 6 percent of the cases, while acidic regurgitation occurred in 8 and 3 percent respectively. Of the atypical (esophageal and extraesophageal) symptoms upper airway symptoms were the most prevalent (19%), although only 13% had such symptom at least monthly. Globus occurred in 6%, 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 and 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.

74

ÉTKEZÉSKOR JELENTKEZŐ EPIGASTRIÁLIS FÁJDALOM: EPS? PDS?

Helle K.¹, Ollé G.¹, Inczei O.¹, Bálint L.¹, Róka R.¹, Vadász K.¹, Rosztóczy A.¹, SZTE I. Belgyógyászati Klinika¹

A fiatal korban, változó intenzitással, hónapokon át, visszatérően jelentkező epigastriális fájdalmak hátterében leggyakrabban a tápcsatorna motilitási zavarai, illetve funkcionális megbetegedései állnak. A számításba vehető kórképek differenciáldiagnózisa azonban a tüneti spektrum jelentős átfedései miatt nem könnyű. Az aktuálisan javasolt és elfogadott stratégiát a 2016-ban bevezetett Róma IV kritériumrendszer tartalmazza, mely a nyelőcső eredetű kórképek (funkcionális gyomorégés, funkcionális dysphagia, stb.) tekintetében visszatért a kizáró diagnózishoz, míg a gastroduodenális betegségek közé tartozó funkcionális dyspepsia (EPS - epigastriális fájdalom szindróma, PDS - posztprandialis distressz szindróma) esetében a helicobacter status tisztázását követően, alarm tünet hiányában megengedi empirikus terápia indítását és csak ennek sikertelensége után javasol obligát módon eszközös vizsgálatokat.

A szerzők 47 éves nőbeteg esetét mutatják be, akit 6 hónapja tartó, előbb étkezéstől független, majd egyre inkább étkezések után jelentkező, 15-30 perc alatt spontán szűnő epigastriális fájdalmak, visszatérő haspuffadás, illetve minor súlyvesztés miatt észleltek, és akinél a megelőző vizsgálatok (két alkalommal végzett felső tápcsatornai endoszkópia, hasi CT, tumormarkerek) helicobacter pozitívitáson kívül negatív eredményei, az eradikációt követően felvetették felső tápcsatornai motilitási zavar vagy funkcionális kórkép fennállásának lehetőségét.

75

GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉG A RADIOLÓGUS SZALLASSZINSZTENS SZEMÉVEL

Hevesiné L.¹, Marosi J.¹, Sándor J.¹, Szamosi T.², Zsigmond F.², Gyökerez T.², Schäfer E.², Hersényi L.², MHEK Radiológia¹, MHEK Gasztroenterológia²

Intézetünkben Gyulladásos bélbeteg (IBD) Centrum működik a Gasztroenterológiai osztály keretein belül (1 éves periódus alatt 1538 ellátás történt a szakambulancián IBD diagnózissal) a társszakmák szoros együttműködésével. A Radiológiára érkező betegek 15-20 %-a az IBD Centrumból érkezik. Munkámban a CT enterographia érkező betegek körében kérdőív segítségével vizsgáltam a betegség aktivitását, CT vizsgálattal kapcsolatos tapasztalatokat, félelmeiket, valamint az elvégzett vizsgálatok eredményeit értékeltük. **Betegek&módszerek:** 2016. 09.01.-2017.08.31. között 135 (ffi: 48, n: 86) IBD-s beteg töltötte ki CT vizsgálatra érkezve kérdőívünket. Betegek átlagéletkora 35,4 év volt (18-64 év). Vizsgálat indikációjakor észlelt leggyakoribb tünetek: a hasmenés (84%, n=106), puffadás (71%, n=89), a fájdalom (45 %, n=57) és fogyás (41 %, n=52) voltak. A tervezett vizsgálat menetéről, szükségességéről a betegek 80%-a (n=107) megfelelő tájékoztatást kapott a kezelőorvosától és Radiológiai osztály dolgozójától, 16% (n=22) nyilatkozott arról, hogy részben kapott csak tájékoztatást, míg 4% (n=5) nem kapott tájékoztatást. Kezelés melletti kontroll illetve panaszok miatt 49, ill. 48 %-ban történt a vizsgálat és csak 3 %-ban sürgősségi indikációval. 95 beteg nem tartott a CT vizsgálatról, 15 beteg félt a per os kontrasztanyagtól, 11 beteg a sugárterheléstől, 8 személy pedig a vénás kontrasztanyagtól. A per os kontrasztanyagtól való félelmet főleg az íze és mennyisége miatt jelezték a betegek, mennyiségen változtatni nem tudunk, de a citromos ízesítést alkalmazását elkezdtük. A kérdőívet kitöltő páciensek közül 35 beteg CT leletét tekintettük át belfal vastagság szempontjából: vastagbél érintettség 22, vékonybél eltérés 7, terminális ileumon 15 esetben véleményeztek belfal megvastagodást. A CT felvételeken nyirokcsomó többet n=15 vagy megnagyobbodás, n=7, zsírszöveti beszűrtség, n=14 esetben került leírásra. Szövődményes esetekben kialakuló fissura 4 esetben, abscessus 2 esetben került leírásra. **Összefoglalás:** megfelelő tájékoztatást követően a beteg együttműködése javítható, CT vizsgálattól való félelme csökkenthető, orális kontrasztanyag megfe-

elő mennyiségének időben való elfogyasztásával a betegség aktivitásról, szövődményéről korrekten képet kaphatunk CT vizsgálat során. MR vizsgálat előtérbe helyezésével a beteg félelmei tovább csökkenthetők, jelenleg azonban az MR elérhetősége még korlátozott.

76

HASONLÓSÁGOK ÉS KÜLÖNBΣÉGEK A TÁPLÁLÉK-ALLERGIA ÉS TÁPLÁLÉK-INTOLERANCIA VISZONYLATÁBAN

Hidvégi E.¹, Országos Korányi Pulmonológiai Intézet¹

A táplálék-allergia és -intolerancia összehasonlításakor sok hasonlóságot, de legalább ugyanennyi különbséget is találunk. Mindkét folyamat étkezést követően indul be. A táplálék-allergiák kiváltói az allergén fehérjék, az intoleranciák esetén diszacharidok, hisztamin és egyéb vegyületek szerepelnek a folyamatban. Az allergia immun-mechanizmus révén jön létre, melynek fő komponensei az immunglobulinok (elsősorban IgE), de sejtes reakciók is jól ismertek (eozinofil, T-limfocita, hízósejt, stb.). Az intolerancia gyakran enzim-hiány következtében alakul ki. Ez is lehet öröklött, akárcsak az atópiás hajlam, de az intoleranciák esetén előfordul fertőzés, vagy egyéb kiváltó tényező szerepe. A tünetek megjelenési ideje, a különböző szervi érintettség igen eltérő egy-egy csoporton belül is. Nem egyszer előfordul, hogy ugyanazon élelmiszer két különböző összetevője más mechanizmus révén képes adverz reakciót létrehozni. Az adott betegség gyakorisága is eltérő. Jóval gyakoribbak az intoleranciák, meghaladhatják a populáció 30%-át, a valódi táplálék-allergia felnőttkorban mindössze 2% körüli tehető. A diagnosztikában mindkét esetben az anamnézis szerepe igen hangsúlyos, de segítségünkre van az eliminációs diéta és a terheléses vizsgálat is. Az allergiás folyamatok bőrpórával, vagy specifikus IgE meghatározással sem mindig igazolhatók. A kezelésben mindig eredményes az adott, tünetet okozó táplálék kihagyása az étrendből, de intoleranciában egyes esetekben a hiányzó enzim pótlására is lehetőség van. A prognózis igen változó, még az öröklött atópiás hajlam esetén is számíthatunk az orális tolerancia kialakulására. A két betegség magyar elnevezése gyakorlatilag azonos – érzékenység, s valószínűleg ez a laikus számára megértésztő lehet.

77

HEPATOLÓGIAI/HAEMATOLÓGIAI/ENTERALIS BETEGSÉG GYANÚJÁVAL FELVETT, NEM ISMERT AIDS BETEG ESETE. FEL VAGYUNK RÁ KÉSZÜLVE/KÉSZÍTVE? ETIKAI ÉS JOGI DILEMMÁK.

Horvát G.¹, Assani O.², Gasztroenterológiai Profil, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös¹, Központi Intenzív Osztály, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös²

Egy 28 éves férfibeteg esetét mutatjuk be, aki ügyeleti időben, hasmenés panaszával, hepatitis és pancytopeniás labor eredményekkel került felvételre osztályunk Izoláló Egységébe. A beteg afrikai országból települt Magyarországra 5 éve. A beteg láztalan volt, a hasmenésen kívül más fertőzésre utaló tünetet nem észleltünk. Az alap (mellkas rgt, hasi uh) vizsgálatok kórosat nem mutattak. A klinikai képet, a labor eredményeket áttekintve, felmerült a HIV fertőzés és az AIDS betegség lehetősége, melynek laboratóriumi diagnózisát azonnal elindítottuk. A beteg férfi élettársától a heteroanamnesist felvéve, kiderítettem, hogy nemi identitását tekintve a betegünk MSM. Az ápoló személyzet figyelmét felhívtam a HIV fertőzés lehetőségére és a fokozott óvatosságra a beteg testváladékaiával, vérével való foglalkozás során. Felvételét követően a 3. napon a beteg suicid kísérletet követett el, többszörös szívritmuszúrást végzett egy késsel, mely jelentős vérzéssel járt, vérrrel szennyezve ágyát, környezetét és az ellátó egészségügyi dolgozók védőfelszerelését. Ekkor már telefonon értesítettek bennünket a centralis laborból, hogy a hivatalos lelet megérkezéseig tudunk róla, hogy az első vizsgálat alapján alapos gyanúja áll fent a HIV fertőzésnek. A beteget mentőhelikopterrel mellkas sebészetre irányítottuk, jelezve hogy HIV fertőzés fennállására alapos a gyanú, bár még nem volt hivatalos. A beteg mellkas sebészeti ellátása után pszichiátriai osztályra, majd röviddel a HIV betegeket ellátó centrumba került. Jól van. Ezt követően kaptunk

egy panaszlevelet és egy kártérítési igényt, mivel az egészségügyi személyzet is tudomást szerzett a HIV fertőzés lehetőségéről. Az eladásunkban, a ritka és tanulságos esetünkkel kapcsolatban röviden ismertettük az HIV fertőzés aktualitásait, jelent-e valós veszélyt a beteg egy, nem erre specializált intézményben. Utólag tájékozódunk az etikai és jogi állásfoglalásokról, hogyan kell egy feltételezett vagy ismert HIV fertőzés esetén eljárunk. Felteszünk kérdéseket, ezekre megpróbálunk válaszolni, hogyan kellett volna az esetet a jelen jogi-etikai környezetben helyesen kezelni, melyre úgy érezzük eddig nem voltunk felkészülve/felkészítve és talán ez érvényes másokra is!

78

MANAGEMENT OF SYMPTOMATIC PANCREATIC FLUID COLLECTIONS USING A LUMEN-APPPOSING METAL STENT ON AN ELECTROCAUTERY-ENHANCED DELIVERY SYSTEM – OUR PRELIMINARY OBSERVATIONS (WITH VIDEOS)

Hritz I.¹, Geiger E.¹, Bandi T.¹, Szijártó A.¹, Harsányi L.¹, Center for Therapeutic Endoscopy, 1st Department of Surgery, Semmelweis University¹

Introduction: The relatively novel large-diameter, self-expanding, lumen-apposing metal stent (LAMS) with bilateral flanges mounted on an electrocautery-enhanced delivery system (Hot Axios, Boston Scientific Corporation) has been designed and approved for use to facilitate transmural endoscopic ultrasound (EUS)-guided drainage of symptomatic pancreatic fluid collections (PFCs), bile duct or gallbladder. Aim: The aim of this study is to demonstrate our preliminary observations in terms of safety and clinical efficacy of this stent for the drainage of symptomatic PFCs. Patients: Eligible patients with symptomatic PFCs containing necrotic material have been selected to undergo EUS-guided drainage using the Hot Axios stent. **Methods and findings:** All patients were informed and gave consent. Procedure was performed in prone position under conscious sedation. Therapeutic linear echoendoscope (Olympus GF-UCT180) was used to localize and characterize the lesions. Presence of interposing vessels was excluded by Doppler mode. All PFCs were accessed from the stomach. Penetration into the collection using the Hot Axios stent and electrocautery-enhanced delivery system (Boston Scientific Corporation) was accomplished by applying auto cut current (Erbe VIO 3) and was followed by EUS-guided deployment of the 15x10mm LAMS without the assistance of endoscopic view. Procedure was technically successful in all patients. No intraoperative complications were observed. Due to the presence of necrotic material in PFCs a naso-cavit tube was placed through the stent into the collections and supplemental irrigation by saline (+/- gentamicin) was performed for 2-4 days. Full expansion of the stents was usually observed after 4-5 days of insertion. A follow-up computed tomography (CT) scan was performed 3-4 weeks later. Clinical success was defined as resolution of clinical symptoms in combination with a decrease of the PFCs to ≤ 3 cm on imaging. Stents were removed 4-6 weeks after insertion by a diagnostic gastroscope (Olympus GIF-Q165) and foreign body retriever (Endo-Flex K0822) without any complication. **Discussion:** EUS-guided drainage of symptomatic PFCs using the relatively novel LAMS with the electrocautery-enhanced delivery system is feasible in terms of safety and clinical efficacy.

79

NON-MEDICAL MANDATORY REVERSED AND BACK AND FORTH SWITCH BETWEEN INFlixIMAB AND ITS BIOSIMILAR: EARLY CLINICAL OUTCOMES

Iliás Á.¹, Szántó K.², Gönczi L.¹, Kürti Z.¹, Golovics P.³, Schafer E.³, Farkas K.², Szamosi T.³, Szepes Z.², Molnár T.², Lakatos P.¹, Semmelweis University, First Department of Medicine, Budapest, Hungary¹, University of Szeged, First Department of Internal Medicine, Szeged, Hungary², Military Hospital – State Health Centre, Gastroenterology Unit, Budapest, Hungary³, University of Pécs, 1st Department of Medicine, Pécs, Hungary⁴

Background: The use of biosimilar infliximab (IFX) is effective and safe in inflammatory bowel disease (IBD). Switching from the originator to a biosimilar in patients with IBD has been successful in multiple IBD cohorts, although scientific and clinical evidence is absent on reverse and/or multiple switching. Since 2014, the use of biosimilar IFX was mandatory for IFX-naïve patients or IFX-exposed patients with at least a 1-year drug holiday in Hungary. In August 2017, due to the policy change of the National Health Insurance Fund (OEP) a non-medical reversed switch was mandatory in all patients from the biosimilar to the originator IFX. The aim of the present study was to evaluate short-term drug sustainability, safety and immunogenicity profile of reversed switching from biosimilar to originator IFX in a consecutive multicentre real-life IBD cohort. **Methods:** Consecutive patients on maintenance biosimilar IFX therapy were included from four IBD centres. Clinical and laboratory parameters, therapeutic drug monitoring (TDM) and adverse events are collected at switch and for 24 weeks thereafter. **Results:** 171 IBD patients (134 CD/37 UC) were included. Complicated disease and perianal manifestation was present in 43% and 54.8% of CD patients. 41.7/50% of UC patients had left-sided/ extensive colitis. The frequency of previous therapy with the originator IFX was 14.1% in CD and 8.3 % in UC patients. Concomitant immunomodulator and steroid use was 53.8/45.8% and 7.5/37.5% of CD/UC patients at switch. Median CDAI and pMayo scores were 57 (IQR: 32.5-99.5) and 0 (IQR: 0-2). TDM results at switch showed that adequate serum IFX trough levels ($>3\mu\text{g/ml}$) was present in 52% and 64.9% of CD/UC patients. Anti-drug antibody positivity ($>10\text{ng/ml}$) were detected in 19.8% and 13.9% of CD/UC patients. Two infusion reactions occurred up to week 8 follow-up. **Conclusion:** According to our knowledge, this is the first real-life cohort on mandatory reverse switch from biosimilar to originator IFX in IBD patients. Short-term drug sustainability was high, follow-up and week 16 TDM results are in progress.

80

COMPOSITION OF THE MICROBIOME IN PATIENTS WITH SHORT BOWEL SYNDROME

Illés D.¹, Zsilák-Urbán M.¹, Krizsán D.², Lada S.¹, Schwab R.², Czakó L.¹, SZTE ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika¹

Introduction: Short bowel syndrome (SBS) is present when the length of the remnant small intestine after surgical resection is <200 cm. The reduced absorbing area and shortened transit-time decrease the absorption of nutrients, electrolytes and water and lead to a permanent need for parenteral nutrition in many cases. The surgical shortening of the bowel causes a qualitative-quantitative change of the human microbiome. These alterations influence greatly the quality of life of the SBS-patients through modification of the immun-, and nutritional status. **Aim:** To investigate the composition of the microbiome of patients with SBS. **Patients and methods:** Patients >18 years old with SBS were included. After informed consent anthropometrical parameters (weight, height, BMI, body composition- Inbody) were registered. To identify the microbiome-composing bacteria, stool samples were collected and the 16S rRNS (member of the subunit of procaryotic ribosome 30S) genetical sequencing was made. Beside evaluating the composition we calculated the Microbiome Diversity Index (MDI) comparing the diversity of the microbiome of patients with SBS to the data derived from the normal population. **Results:** 5 female patients with SBS are under care at our clinic (mean age: 49 ± 13 év, mean bowel length: $81\pm 65\text{cm}$, BMI: 17.8 ± 2.1 kg/m²). 3 of 5 patients are on parenteral nutrition permanently. The diversity is extremely reduced compared to the normal population (MDI: 5.5 ± 1.9 , 0-30 between percentiles). The main phylum is Firmicutes, Proteobacterium and Actinobacterium phyla are still present, but the ratio of Bacterioides phyla is extremely low. Among Firmicutes the lactate-producing and -consuming bacteria (Lactobacillus, Bifidobacterium, Veillonella) form the majority of the microbiome. **Conclusion:** The composition of microbiome of SBS patients differs largely from the normal population; the diversity is extremely reduced. Being able to enrich the diversity of bacteria in patients with SBS has probably therapeutical consequences.

81

ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED DRAINAGE OF WALLED OFF PANCREATIC NECROSIS WITH LUMEN-APPPOSING METAL STENT

Iványi E.¹, Illés D.¹, Zsóri G.¹, Kui B.¹, Sánta K.¹, Blásinszky-Lemes K.¹, Szepes Z.¹, Czakó L.¹, First Department of Medicine, University of Szeged¹

Introduction: Walled-off pancreatic necrosis (WOPN) is one of the complications of necrotising pancreatitis which can be life-threatening in the case of infection. Infected WOPN can be cured with endoscopic or percutaneous drainage, or surgically. Endoscopic ultrasound (EUS)-guided drainage with lumen-apposing metal stent (LAMS) and necrosectomy is recently recommended to be the first choice of treatment, however there are scarce experiences with this technique in Hungary to date due to financial reasons. **Aim:** Our aim was to present our initial results of EUS-guided drainage of WOPN using LAMS. **Methods:** Retrospective review of patients with WOPN treated endoscopically with LAMS at our department since 2017. Infected WOPN was diagnosed clinically and by computer tomography. The percentage of solid component of the WOPN was estimated by EUS. The WOPN was punctured by 19 gauge needle under EUS guidance. The fistulous tract was dilated using a cystotome and dilation balloon. The LAMS (Changzhou Heal Med. Device, 45x14 mm, fully covered stent) was positioned over a guidewire under fluoroscopic and endoscopic guidance. Necrosectomy were performed as necessary. Primary end point was treatment clinical success, secondary end points radiological success and adverse events. **Results:** 7 patients with infected WOPN were included. The median maximum collection size was 15 cm with a median of 40% necrosis. Technical success of WOPN drainage was achieved in all patients. One patient underwent repeated necrosectomy. One patients with multiple WOPN received additional percutaneous drainage. Multiple pathogens (Escherichia, Streptococcus, Pseudomonas, Veillonella and Sterptophomonas species) were identified from the WOPN. Post-intervention mean length of hospitalization was 10.3 ± 6.8 days. LAMS were removed after 4 weeks of introduction and plastic stent was placed instead as necessary. Time to resolution of WOPN was 38.3 ± 8.3 days. Clinical success was achieved in all 7 patients (100%). Adverse events were not experienced. **Conclusions:** EUS-guided drainage with LAMS is a minimally invasive and effective method in the treatment of infected WOPN with high clinical and radiological success rate and acceptable adverse events. Further patients recruitment and prospective comparison with double pigtail stents are needed.

82

COMPARISON OF INTERNISTS' AND FAMILY PHYSICIANS' ASSESSMENT OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION

Kalabay L.¹, Márkus B.¹, Matyasovszki M.¹, Vörös K.¹, Rurik L.², Herszényi L.³, Tulassay Z.⁴, Department of Family Medicine, Semmelweis University¹, Department of Family and Occupational Medicine, University of Debrecen², Department of Gastroenterology, Central Military Hospital, Budapest³, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University⁴

Aims and Background: The majority of patients with Helicobacter infection contacts the primary care first. The aim of this study was to compare the attitudes of specialists of internal medicine and family medicine towards the current guidelines for diagnosis and management of H. pylori infection. **Patients and Methods:** In this cross-sectional study 610 physicians (451 family doctors, 85 residents in family medicine and 74 internal medicine doctors) filled in the paper or internet-based anonymous questionnaire. **Results:** Compared to their colleagues working in internal medicine family doctors consider screening for H. pylori in dyspepsia less frequently (66,7% vs. 82,4%, $p = 0,007$) but do so more often when searching for source of infection (40,6% vs. 29,7%, $p = 0,076$). They use urea breath test for detection of H. pylori infection for the first time less frequently (46,3% vs. 62,2%,

$p=0,012$). Family doctors use bismuth- containing four-component treatment less frequently (39,0% vs. 68,9%, $p<0,0001$) and seem to prefer fluoroquinolone treatment (34,8% vs. 17,6%, $p = 0,005$). Doctors, who have had *H. pylori* infection themselves screen their patients more frequently before initiation of NSAID treatment (25,0% vs. 14,4%, $p = 0,021$). The localization of the practice and the number of its registered persons had no effect on the attitude towards dealing with *H. pylori* infection. As source of information on *H. pylori* infection all three groups prefer lectures and beyond this pharmaceutical visitors and handbooks are preferred by family doctors and residents, respectively. **Conclusion:** More teaching activity is needed to spread the information of current guidelines in the diagnosis and management of *H. pylori* infection.

83

WHOLE EXOME SEQUENCING OF COLORECTAL TISSUE SAMPLES FROM THE HUNGARIAN POPULATION

Kalmár A.¹, Galamb O.¹, Wichmann B.¹, Barták B.², Nagy Z.², Zsigrai S.², Szigeti K.², Pipek O.³, Horváth-Medgyes A.³, Csabai I.³, Tulassay Z.¹, Igaz P.¹, Molnár B.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest; 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest², Department of Physics of Complex Systems, Eötvös Loránd University, Budapest, Hungary³

Background: Colorectal cancer (CRC) has high incidence in Eastern-Europe, especially in Hungary. In addition to the environmental factors, the genetic and epigenetic background of this phenomenon still remains unknown. **Aims:** We aimed to perform whole exome sequencing along the colorectal adenoma-carcinoma sequence on tissue samples in order to identify characteristic germline and somatic variants. **Materials & methods:** Genomic DNA was isolated from 19 colonic tissue samples including 3 adenomas (AD) with matched normal adjacent tissue (NAT) pairs, 4 CRC with matched NAT pairs, 3 normal (N) young donors, 1 CRC and 1 AD and from 2 colorectal cancer cell lines (HT29, SW480). Exome enrichment was done with the TruSeq Rapid Exome Kit and sequencing was performed with the NextSeq 500/550 High Output v2 kit (300 cycles) using the NextSeq 500 Instrument. Raw data analysis and demultiplexing was completed on BaseSpace Sequence Hub. Germline and somatic variants were determined by Genome Analysis Toolkit (GATK) and MuTect algorithms by using the default filter settings. **Results:** On the basis of the somatic variant analysis, the most frequent CRC-associated pathogenic mutations could be detected in APC (67% of AD samples, 25% of CRC samples), TP53 (67% of ADs, 25% of CRCs), KRAS (33% of ADs, 25% CRC) and NRAS (33% of ADs, 25% of CRCs) genes. One adenoma sample (33%) exerted BRAF mutation. On the basis of the COSMIC database, the expected variant profile of the CRC cell lines could be confirmed (HT-29: BRAF, TP53; SW480: KRAS, TP53). Among the germline variants, MTHFR C677T (rs1801133) and MTHFR A1298C (rs1801131) were detected in 2 AD (2 heterozygous) and 4 CRC samples (1 homozygous and 3 heterozygous) with a higher frequency in the Hungarian population compared to the European and worldwide statistics. **Conclusion:** Our preliminary exome sequencing results may refer to alterations in the frequencies of CRC-associated somatic variants compared to the European incidences which can be further analyzed on a larger set of samples. Further evaluation of whole exome sequencing data offers an opportunity for identification new, disease-specific variants, as well. The germline variants of MTHFR gene have an effect on the DNA methylation regulation system that might be a link between the genetic and epigenetic alterations of the CRC development.

84

REALTIME ONCOLOGY CALCULATOR: CASE REPORT USING A COMPREHENSIVE PRECISION ONCOLOGY DECISION SUPPORT SYSTEM

Kanta E.¹, Kocsis É.¹, Várkonyi E.¹, Rácz A.¹, Szuszán M.¹, Mathiasz D.¹, Hegedüs C.¹, Schwab R.¹, Vályi-Nagy I.², Peták I.¹,

Oncompass Medicine Hungary – Budapest, Hungary¹, South-Pest Centrum Hospital, National Hematology and Infectious Diseases' Institute – Budapest, Hungary²

Introduction Functional and clinical interpretation of molecular alterations is an essential step in molecular diagnostics, however, choosing the right diagnostic test at the right time, deciding about off label treatment, or referring patients to clinical trials also need comprehensive decision support frameworks. **Methods** RealTime Oncology Calculator is developed to support oncologists and cancer patients in the field of precision oncology. Frequency Based Test Calculator (FTC) helps selecting genes recommended for molecular testing based on clinical relevance. Molecular Treatment Calculator (MTC) is a rule-based knowledge engine that dynamically aggregates and ranks relevant scientific and clinical evidence to match the identified cancer-related molecular alterations to efficient therapies. The evidence database contains >2200 PubMed evidence translated into positive/negative tumor - driver - target - compound relations. Clinical Trial Calculator automatically identifies matching clinical trials. Clinical Experience Calculator (CEC) lists similar cases based on the patients' tumor sets and molecular profiles and shows response to therapies. **Results** Based on the FTC result, NGS sequencing of 50 genes, FISH analysis and MSI test were performed on the primary tumor sample of a 54-year-old female patient with metastatic rectum adenocarcinoma. HER2 amplification, ERBB2-M775_A776insVA mutation and KDR-Q472H were detected, the tumor was found to be MSS. MTC was applied to identify drivers, targets and matching therapies based on relevant evidence. HER2 amplification and the rare ERBB2 insertion were classified as drivers. HER2 inhibitors ranked highest as associated compounds, while EGFR inhibitors were contra-indicated. Aggregated evidence level suggested that KDR-Q472H, a known SNP is also a driver alteration. Currently the patient is receiving adjuvant FOLFOX. In case of progression, several off label therapeutic strategies can be designed. Response to therapies would also provide important information (about the rare ERBB2 insertion) through CEC. **Discussion** Incorporation of our novel decision support system and molecular tumor board consultation can enhance the delivery of genomically informed precision medicine. **FUNDING:** National Oncogenomic and Precision Oncotherapy Program Funded by the Hungarian Innovation Agency

85

APC-VEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Kanyó B.¹, Lippai G.¹, Kalász G.¹, Dékány K.¹, Kerékgvártó O.¹, Nádas B.¹, Bördös A.¹, Bacskay B.¹, Szentkereszty B.¹, MH EK Gasztro-Endoszkópia Szakrendelés¹

Az argon plazma koaguláció (APC) fizikai kontaktussal nem járó termokoagulációs eljárás. A gasztroenterológiában sikeresen alkalmazható angiodysplasiák, GAVE, irradiációs proctitis, vérző GI tumorok, polypusok, postpolypectomiás vérzések esetében. Az endoszkóp munkacsatmáján bevezetett szondán kiáramló gáz az elektromos impulzus hatására ionizálódik, a nagyfrekvenciás elektromos áramot az argongáz áramlása vezeti le a kezelendő területre, elváltózáshoz. A termokoaguláció mélysége csak néhány milliméter. Az EMED ENDO nagyfrekvenciás elektrosebészeti vágókészülék 2015. februárjától áll rendelkezésünkre. Munkánk során retrospektív dolgoztuk fel 2015. februárjától 2018. áprilisáig APC-vel kezelt betegek adatait. A vizsgált időszak alatt 5 beteg esetében GAVE miatt végeztünk kezelést, több ülésben. 23 betegnél a vérzés, anaemia hátterében angiodysplasia igazolódott, mely elváltózásokat sikeresen kezeltünk APC-vel. A kismendei régióra lokalizálódó radioterápia szövődeményeként kialakuló irradiációs proctitis kezelése 6 betegünkön volt hatásos. 1 esetünkben egy praepylorikus fekély hegében kialakuló recidíváló hyperplasiogen polypust kezeltünk hatékonyan. Betegeink átlagéletkora 73 év volt, 16 nő- és 19 férfibeteget láttunk el. **Eredményeink** mellé néhány esetet is bemutatunk, melyek szintén alátámasztják, hogy az APC kezelés hatásos és biztonságos a fentebb már említett gasztrointesztinális kórképekben.

86

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR ACUTE PANCREATITIS SHOULD BE RECONSIDERED IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Kárász K.¹, Erőss B.¹, Papp M.², Mátrai P.¹, Márta K.¹, Pécsi D.¹, Illés D.³, Czimmer J.⁴, Fehér E.², Darvasi E.³, Szepes Z.³, Takács T.³, Sarlós P.⁴, Hamvas J.⁵, Gajdán L.⁶, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary¹, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary², First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary⁵, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary⁶

Introduction: The incidence of both acute pancreatitis (AP) and diabetes mellitus (DM) have been increasing, therefore, more and more AP patients have also been suffering from DM. Basic research revealed that the pancreatic enzyme synthesis is non-parallel in acinar cells. A strong reduction in amylase and elevation of trypsin synthesis are observed in diabetic animals. Aims: Our aim was to i) analyse the amylase level on-admission in AP and ii) to understand the effect of DM on the course and outcome of AP in prospectively collected, large, multicentre cohort. **Methods:** The Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG) has prospectively enrolled patients with diagnosis of AP from 25 centres from 2012 to 2017. Only those patients' data were analysed where information on endocrine homeostasis was available. In order to investigate our post hoc defined clinical research question, the 1416 patients were divided into 2 groups – diabetic (DM) and a non-diabetic (non-DM) – and analyzed. Results: The prevalence of DM was 17,3% (245/1416) in AP. There were no significant differences in age, gender distribution between DM and non-DM patients. Hypertriglyceridemia, as the etiology of AP occurred significantly more often in DM than in non-DM ($p < 0.001$). Although the 2 out of 3 criteria of AP diagnosis were fulfilled, there was no three-time elevation of upper normal limit of amylase in 35,5% (87/245) of DM patients vs in 6,8% (80/1171) of non-DM patients ($p < 0.001$). Moreover, on admission amylase level was significantly lower in diabetics (898.9 ± 63.1 vs. 1129.5 ± 41.4 mg/L, $p = 0.013$). Although the primary endpoints such as the severity of AP, complications or mortality did not differ in DM and non-DM groups, deleterious effect of DM was observed. On admission C-reactive protein level (CRP) was significantly higher (60.1 ± 5.6 vs. 51.9 ± 2.4 U/L, $p = 0.02$), whereas the length of hospitalization was significantly longer (12.4 ± 0.7 vs. 10.9 ± 0.3 days, $p = 0.046$) in the DM in comparison to the non-DM group. **Conclusion:** In our prospectively collected cohort one-fifth of AP patients had DM and they were hospitalized for a longer period of time. The threshold of pancreatic enzyme elevation may need to be lower in diabetic patients presenting with AP.

87

CLAUDIN- ÉS MICRORNS-EXPRESSZIÓ VÁLTOZÁSAI UGYANAZON BETEGEK PRIMER ÉS METASTATICUS COLORECTALIS DAGANATAIBAN

Karczub J.¹, Kontsek E.¹, Gyöngyösi B.¹, Krámer Z.¹, Lendvai G.¹, Schaff Z.¹, Kiss A.¹, Semmelweis Egyetem II.sz. Patológiai Intézet, Budapest¹

Bevezetés: A tight junction fehérjék, így a claudinok expressziója a carcinogenesis és tumorprogresszió során jelentősen megváltozhat, mely folyamatban a microRNAs-eknek (miR) ezen fehérjék expressziójának negatív szabályozásán keresztül szerepük lehet. Kutatásunk célkitűzése négy claudin (CLDN-1, -3, -4, -7) és 10 miR (miR-22, -29b, -24, -27a, -155, -455-3p, -596, -149, -665 és -342-5p) expressziója közti potenciális kapcsolatok keresése ugyanazon betegek ép vastagbélhámjából (COL), primer colorectalis carcinomáiból (CRC), és májtájtéjéből (CRLM) vett mintákban. **Betegek:** A vizsgált minták 47 májtájtétet adó, vastagbélrákban szenvedő beteg sebészeti rezekátumaiból származtak.

Módszerek: Mindegyik beteg sebészeti készítményeiből csoportonként (COL, CRC, CRLM) 2-2 mintát vettünk a szöveti microarray-k (TMA) összeállításához. A TMA-kon Benchmark XT IHC automatával claudin-1, -3, -4 és -7 immunhisztokémiai (IHC) reakciókat végeztünk. A TMA-kat szkennelést követően digitális morfometriai analízissel értékeltük ki. A lehetséges szabályozó miR-ek kiválasztása szekvencia-homológia alapján a miR-DIP, miRWalk és miRNA Bodymap adatbázisokból történt. A miR expresszió mérését qPCR-al végeztük, a relatív expressziók kiszámításához a miR-345-öt használtuk referencia RNS-ként. A potenciális miR-claudin kapcsolatok további vizsgálatához colorectalis tumor sejtvonalakon (HT-29) Western Blot analízissel mértük meg az adott fehérje expresszióját az esetleges regulátor miR-ek Exiqon miRCURY LNA Power Inhibitor-al való kiütését megelőzően, valamint azt követően. Kaplan-Meier analízissel a claudin- és miR-expressziót a túlélési adatokkal is összevetettük.

Eredmények: A claudin-1, -3 és -7 expressziójában szignifikáns csökkenés volt megfigyelhető a primer ($P < 0.001$) és áttéti tumoros ($p < 0.0001$) mintákban a normál hámhoz képest, míg a claudin-4 expressziója változatlan maradt. A csökkent claudin-3 és a megnövekedett miR-455-3p expresszióból kiindulva HT-29 sejtvonalakon végzett vizsgálatok során a miR-455-3p expresszió inhibitoros gátlásával a claudin-3 szintjében közel kétszeres növekedés volt mérhető.

Következtetések: A colorectalis carcinogenesis és tumorprogresszió során a claudin-1, -3 és -7 expresszió szignifikánsan csökken, melynek mechanizmusában szerepet játszhatnak egyes miR-ek. A miR-455-3p a claudin-3 fehérje expressziójában tölthet be negatív szabályozó szerepet.

88

VEDOLIZUMAB SZÉRUM- ÉS ANTITEST SZINTEK ÖSSZEFÜGGÉSE A KLINIKAI AKTIVITÁSSAL ÉS AZ ENDOSZKÓPOS VÁLTOZÁSSAL AZ INDUKCIÓ ÉS AZ EGY ÉVES FENNTARTÓ KEZELÉS SORÁN IBD-S BETEGEKBEN

Kébel Z.¹, Lovas S.¹, Nagy G.², Bor R.³, Altörjay I.¹, Antal-Szalmas P.², Molnár T.³, Palatka K.¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debrecen², Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar I.sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged³

Bevezetés: A Vedolizumab (VDZ) hatékony biológiai terápia a gyulladásos bélbetegségek kezelésében. Bizonyított a pozitív korreláció a VDZ gyógyszer szint és a klinikai kimenetel között, a terápiás gyógyszer szint monitorozás szerepe nem tisztázott. VDZ-vel kezelt betegeinkben mért VDZ szérumszint (VTL) és anti-VDZ-antitest szintek (AVA) összefüggését vizsgáltuk a klinikai és endoszkópos aktivitás függvényében. **Betegek és módszerek:** Prospektív kohorsz vizsgálatunk két magyarországi centrum közép-súlyos- súlyos aktivitású (CDAI: 256-421, SES-CD: 9-31/ pM: 4-9, eM: 2-3), VDZ-vel kezelt IBD-s betegeire terjedt ki (15 beteg (9 UC/ 6 CD) 17 mintáját vizsgáltuk). Kiegészítő kezelésként 3 beteg (20%) szteroidot, 10 beteg (66,7%) immunmodulánsot kapott (AZA, MTX, CsA). Minden beteg részesült előzőleg anti-TNF- α kezelésben (10 nő, 5 férfi; átlagéletkor: 36). A kezelés hatékonyságát a klinikai és az endoszkópos kép változásával az indukció végén, és az egy éves kezelés végén mért VTL és AVA szint függvényében vizsgáltuk. A méréseket validált ELISA módszerrel végeztük (LISA TRACKER®, Theradiag France). A klinikai és endoszkópos eredmények definiálásához Crohn-betegség aktivitási indexet (CDAI), Simple Endoscopic Score-CD-t (SES-CD), totál és endoszkópos Mayo Score-t használtunk illetve követtük a CRP és Hgb-szinteket. **Eredmények:** Az ELISA alapú mérési módszer a szabad VDZ szintet méri, az integrinhez kötött forma nem detektálható. Ez magyarázhatja, hogy a 4 beteg közül, akiknél a mérési tartományt (< 2 ug/mL) el nem érő szintet mértünk 3-nál is javulás (1 remisszió, 2 klinikai válasz. A klinikai állapotromlást mutató betegnél az endoszkópos aktivitás csökkent. (SES: 22-ről 18-ra). Az indukció végén negatív korrelációt észleltünk a CDAI, a SES-CD változás és a VTL között. Colitis ulcerosus betegeknél a Mayo score és az eMayo score csökkenő tendenciája mellett magas VTL-t észleltünk. A kis betegszám miatt szignifikáns korrelációt

nem észleltünk. **Következtetések:** A VTL és AVA szintek meghatározása segítheti a terápia monitorozását és a kezelés hatékonyságának javítását. Hosszútávú nagy beteganyagban történő mérések szükségesek.

89

PREDICTIVE BIOMARKERS OF PANCREATIC NECROSIS IN ACUTE PANCREATITIS

Kiss S.¹, Izbéki F.², Halász A.², Varga M.³, Vincze Á.⁴, Gódi S.⁵, Bajor J.⁴, Hágendorn R.⁶, Czimmer J.⁴, Mátrai P.⁷, Hamvas J.⁸, Varjú P.⁷, Crai S.⁹, Mickevicius A.¹⁰, Hegyi P.⁷, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary², Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary³, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁵, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁶, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁷, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary⁸, Pándy Kálmán Hospital of Békés County, Gyula, Hungary⁹, Vilnius University Hospital Santariskiu Klinikos, Vilnius, Lithuania¹⁰

Objectives: Necrosis is one of the major local complications in acute pancreatitis (AP) which significantly changes its outcome. Therefore, understanding the parameters which can predict the necrosis on admission is crucially important. The aim of this study was to evaluate the clinical characteristics of acute necrotising pancreatitis (ANP) and to identify the risk factors for necrosis. **Methods:** The Hungarian Pancreatic Study group has prospectively collected multicenter clinical data of 1435 adult patients between 2012 and 2017. Concerning pancreatic necrosis 1429 of them contained valuable data, therefore, they were enrolled into the study. 86 parameters were prospectively collected from admission and during the course. Patients were split into two groups: acute pancreatitis with (ANP) and without necrosis (AP). Statistical analyses were performed accordingly. **Results:** 9.31% (n=133) of the patients had ANP. As expected ANP was associated with significantly higher mortality [8.27%, n=11 vs 1.93%, n=25 (p<0.0001)], severity (mild/moderate/severe: 0.00% vs 75.69%, 73.68% vs 20.91%, 26.32% vs 3.40%), longer hospitalization [22.95 days vs 10.18 days, (p<0.0001)], and higher rate of complications e.g. pseudocyst [30.83%, n=41 vs 6.34%, n=86 (p<0.0001)], diabetes [13.53%, n=18 vs 3.24%, n=42 (p<0.0001)], respiratory failure [20.45%, n=27 vs 3.27%, n=42 (p<0.0001)], heart failure [8.33%, n=11 vs 1.17%, n=15 (p<0.0001)], renal failure [15.19%, n=21 vs 1.71%, n=22 (p<0.0001)], and other systemic complications [9.09%, n=13 vs 0.93%, n=12 (p<0.0001)]. Concerning the parameters on admission several risk factors were identified. Elevated levels of CRP (100.41 IU/L vs 54.84 IU/L, SE=2.102, p=0.029), triglyceride (11.76 mmol/L vs 4.79 mmol/L, SE=0.6541, p=0.0030), haematocrit (43.59% vs 41.52%, SE=0.1715, p<0.0001), haemoglobin (150.63 g/L vs 143.38 g/L, SE=0.7499, p=0.0059), and white blood cell count (14.68 G/L vs 12.93 G/L, SE=0.1538, p<0.0001) were associated with ANP. Lower level of albumin (32.55 g/L vs 38.07 g/L, SE=0.4879, p<0.0001) was associated with ANP. **Conclusion:** Pancreatic necrosis markedly influences the outcome of AP. Increased CRP, triglyceride, haematocrit, haemoglobin, white blood cell count and albumin levels are good predictive markers for necrosis in acute pancreatitis.

90

IDEGENTEST ELTÁVOLÍTÁS AVAGY MINDIG ÉRNET MEGLÉPETÉS ...

Kiss G.¹, Lakó K.¹, Durcsán H.¹, Rácz I.¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

Emészthetetlen tárgyakat nyelhetnek le gyerekek, elmebetegek, ittas felnőttek. A műfogsort viselőknél gyakrabban fordul elő csirkecsont, halszájka lenyelés. Vannak olyan idegentestek is amik nem véletlen lenyelés során kerülnek az emésztőrendszerbe. Ilyenek például a stentek, a különböző kövek. A tápcsatornába

került idegentestek 80-90%-a spontán távozik. A beteget 10-20%-a igényel nem műtéti beavatkozást és legfeljebb 1%-nál van szükség sebészeti ellátásra. Néha olyan tárgyak, mint a fogpiszkáló vagy csont évekig a tápcsatornában maradnak, amíg granuloma vagy abszcessus formájában elő nem kerülnek. Előadásunkban három, nem szokványos idegentest eltávolítást mutatunk be.

Betegek és módszerek

1. 66 éves férfibeteg mellkas CT-vel igazolt, a nyelőcsővel közlekedő, nagyméretű tályog drainage-t követően az oesophagusba, részegesen fedett fém stentet helyeztünk be. Négy hét elteltével a fedetlen részeken a nyálkahártya beagyazódott, a stent eltávolítása első lépésben nem volt lehetséges. Irodalmi adatokra támaszkodva a korábban behelyezett stent belsejébe egy újabb, teljesen fedett nyelőcső stentet helyeztünk be. Az ajánlásoknak megfelelően két hét elteltével mindkét stent biztonságosan eltávolítottuk.

2. Az ismert sigma diverticulosis, ischaemiás colitis anamnézisű, 80 éves nőbeteg haematocheziájának hátterét CT-colographiás vizsgálattal tisztáztuk. A vérszékelést nem a már ismert bélbetegségek, hanem egy, a sigmabélben elhelyezkedő csirkecsont okozta. A colonoscopus vizsgálat során az anusától 30 cm-re a sigmabélből minimális pus ürülését észleltük és a közel 3 cm-es nagyságú csirkecsontot sikeresen eltávolítottuk.

3. 74 éves férfibetegnek hasi UH-val kimutatott, papillába ékelt kő miatt ERCP-EST-t végeztünk. Az EST nyílás alsó pólusában a choledochus alatt egy kb. 1-1.5 cm kúp alakú kő impaktálódott. Többszöri kísérlet után (Dormia kosár, ballon, idegentest fogó) az impaktálódott követ tűkessel az alsó pólusa mentén félkörívben kb. 1.5 mm mélységben körbevágtuk, mely után a követ idegentest fogóval megragadtuk, eltávolítottuk. **Következtetés** Az endoszkópos idegentest eltávolítás egy bonyolult feladat, ami jó döntési és technikai képességet követel. Kockázatok és szövődmények csökkentése érdekében fontos a megfelelő eszközök, tartozékok kiválasztása, azok ismerte, biztonságos használata.

91

DIMETHYL TRISULFIDE IS A POTENTIAL DRUG CANDIDATE IN EXPERIMENTAL ACUTE PANCREATITIS

Kiss L.¹, Fűr G.¹, Totunji A.¹, Pető R.¹, Balla Z.¹, Bálint E.¹, Pallagi P.², Maléth J.², Venglovecz V.³, Hegyi P.⁴, Rakonczay Jr Z.¹, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary³, MTA-SZTE Momentum Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴

The pathogenesis of acute pancreatitis (AP) is not well understood and the disease has no specific therapy. Previous investigations have demonstrated that hydrogen sulfide (H₂S) and organic trisulfides are biologically active and have anti-inflammatory properties. Dimethyl trisulfide (DMTS) is an organic trisulfide found in some vegetables which also has analgesic effects. Our aim was to investigate whether DMTS could alleviate the severity of experimental AP. AP was induced in FVB/N mice (n=6-8) by 8 or 10 hourly intraperitoneal (ip.) injections of 50 µg/kg cerulein. Some animals with AP received two intramuscular (im.) injections of 50, 75, or 100 mg/kg DMTS with an interval of 3 hours, the first DMTS injection was given at the time of AP induction. A group of animals received only DMTS. Control animals were injected ip. with physiological saline and/or vehicle instead of cerulein or DMTS, respectively. Animals were sacrificed 12 hours after the first cerulein injection. Laboratory and histological parameters were measured to evaluate disease severity. DMTS treatments at doses of 2x75 and 2x100 mg/kg in animals with AP significantly reduced the pancreatic necrosis, edema and leukocyte infiltration compared to the AP group which did not receive DMTS. However, 2x50 mg/kg DMTS did not significantly affect the severity of AP. Our results suggest that DMTS could be a promising drug candidate in the treatment of AP. Further studies are needed to enhance the efficacy of DMTS and to reveal its mode

of action. This study was supported by NKFIH, MTA, GINOP and EFOP (Live Longer).

92

THE EFFECT OF SERUM TRIGLYCERIDE CONCENTRATION ON THE COURSE OF ACUTE PANCREATITIS: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Kiss L.¹, Fűr G.¹, Mátrai P.², Hegyi P.², Iványi E.³, Cazacu I.², Szabó I.⁴, Habon T.⁵, Alizadeh H.⁶, Gyöngyi Z.⁷, Vigh É.⁸, Erőss B.², Erőss A.², Czákó L.³, Rakonczay Z.¹, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary², First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Department of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Department of Cardiology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁵, Department of Haematology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁶, Department of Public Health Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁷, Department of Radiology, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁸

Objective: Elevated serum triglyceride concentration (seTG, >1.7 mM or >150 mg/dL) or hypertriglyceridemia (HTG) is common in the populations of developed countries. This condition is accompanied by an increased risk for various diseases, such as acute pancreatitis (AP). It has been proposed that HTG could also worsen the course of AP. Therefore, we aimed to compare the effects of various seTGs on the outcome of AP. **Methods:** We performed a systemic review and meta-analysis of published English literature using PubMed and Embase. Articles were screened between 1948 and 2017. Meta-analysis was performed using the PICO (problem, intervention, comparison, outcome) format. Different groups of AP patients were compared based on seTG measured during hospitalization. Outcomes of AP were investigated with statistical comparisons and illustrated on forest plots. **Results:** We found 16 eligible studies, including 11,965 patients, that meet our inclusion criteria. HTG significantly elevated the odds ratio (1.72; 95% confidence interval: 1.42–2.08) for severe AP when compared to AP patients with normal seTG (<1.7 mM). Furthermore, a significantly higher occurrence of pancreatic necrosis, persistent organ failure and renal failure was observed in groups with HTG. Comparing the effects of seTG at 5.6 or 11.3 mM cut-off values also resulted in significantly increased rates of complications and mortality for AP in groups with higher seTG. Interestingly, we found no significant difference in AP severity based on the extent of HTG. **Conclusion:** We conclude that the presence of HTG worsens the course and outcome of AP; however, there is no correlation between the degree of seTG and AP severity. This study was supported by NKFIH, MTA, GINOP and EFOP (Live Longer).

93

COMPARING HELICOBACTER PYLORI DETECTING METHODS AND THEIR CORRELATION WITH HELICOBACTER PYLORI INDUCED STRUCTURAL ALTERATIONS

Kocsmár É.¹, Szirtes I.¹, Kramer Z.¹, Kocsmár I.¹, Szijártó A.², Buzás G.³, Bene L.⁴, Bronsert P.⁵, Csanádi Á.⁵, Lutz L.⁵, Werner M.⁵, Wellner U.⁶, Kiss A.¹, Schaff Z.¹, Lotz G.¹, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest², Department of Gastroenterology, Ferencváros Health Centre, Budapest³, 1st Department of Medicine, Péterfy Hospital, Budapest, Hungary⁴, Institute of Pathology, University Medical Centre, Freiburg, Germany⁵, Clinic for Surgery, UKSH Campus Lübeck, Lübeck, Germany⁶

Objective: To investigate the presence of the different mucosal alterations in *Helicobacter pylori* (H. pylori) positive and negative chronic gastritis cases. To compare three H. pylori detecting methods (Giemsa, Immunohistochemistry (IHC), FISH) and to investigate whether mucosal structural changes influence their diagnostic efficiency. **Method:** 2152 chronic gastritis cases were

examined (795 H. pylori positive, 1357 negative) over a three-year period. Statistical correlations between mucosal alterations and Giemsa, IHC and the H. pylori FISH test were evaluated by Chi square, Fisher's exact, McNemar's tests and Holm-Bonferroni Sequential Correction. **Results:** Giemsa revealed 687 cases (23.7%), IHC 795 cases (27.5%) and FISH 788 cases (27.2%) as being HP positive. Giemsa showed significantly lower overall sensitivity (83.3%) compared to IHC (98.8%) and FISH (98.0%). Moreover, sensitivity of Giemsa was dramatically lower (33.6%) in the non-active cases. We found that sensitivity of Giemsa strongly depends on H. pylori density and, accordingly, on the presence of activity. Structural alterations negatively influenced the sensitivity of Giemsa staining (87.1% → 75.9%, p=0.0001). This reduction was also present but not diagnostically significant in the case of FISH (99.2% → 95.9%, p= 0.0013). Intestinal metaplasia did not have a statistically significant effect on the sensitivity of these stainings. **Conclusion:** Presence of structural alterations of gastric mucosa can significantly reduce diagnostic efficiency of the Giemsa staining. In order to achieve higher diagnostic accuracy, the use of advanced staining techniques like IHC and FISH is recommended.

94

DIFFERENCES IN CLARITHROMYCIN RESISTANCE RATES OF ERADICATION-NAIVE AND MACROLIDE-NAIVE HELICOBACTER PYLORI INFECTED PATIENTS – A LARGE SCALE CENTRAL HUNGARIAN STUDY

Kocsmár I.¹, Kocsmár É.¹, Kramer M.¹, Szijártó A.², Buzás G.³, Bene L.⁴, Szirtes I.¹, Kramer Z.¹, Szénás K.⁵, Fadgyas-Freyler P.⁶, Kiss A.¹, Schaff Z.¹, Lotz G.¹, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest², Department of Gastroenterology, Ferencváros Health Centre, Budapest³, 1st Department of Medicine, Péterfy Hospital, Budapest⁴, Department of Pathology, Péterfy Hospital, Budapest⁵, National Institute of Health Insurance Fund Management, Budapest⁶

Introduction: Macrolide antibiotics are widely used in several indications in clinical practice. Any prior macrolide consumption can lead to development of clarithromycin resistance. Our aim was to compare primary and secondary resistance rates according to age and gender in a large cohort of *Helicobacter*-infected patients. **Method:** 4,744 H. pylori (HP) positive patients (2708 females; 57.1 %, 2036 males; 42.9 %) were studied from the Central Hungarian Region. Gastric mucosal tissue slides were investigated by a bacterial rRNA-targeted FISH-test (BactFISH *Helicobacter* Combi Kit) detecting the clarithromycin-sensitive and -resistant HP- bacteria. HP eradication-related and -independent antibiotic consumption anamneses of these patients were collected in cooperation with the Hungarian National Health Insurance Fund. **Results:** Overall Cla-res rate was 17.2% while eradication-naive and macrolide-naive resistance rates were 12.0% and 3.0% in the whole cohort, respectively. The same resistance rates in age groups 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 and 70+ of males were 12.8/12.8/3.7%, 15.3/12.2/3.9%, 14.3/8.6/2.2%, 14.3/8.6/2.2%, 11.7/8.0/2.3%, 14.6/10.4/1.8%, 12.8/10.5/3.9% and of females were 20.2/18.6/5.4%, 21.0/15.9/4.1%, 23.8/13.5/2.9%, 21.5/13.9/2.6%, 21.1/14.9/2.2% and 13.3/9.2/3.6%, respectively. Overall and eradication-naive resistance rates of females were significantly higher (p=0.0018 and p=0.0249, respectively) while no gender difference was found in macrolide-naive patients. Macrolide-treated females exhibited more frequent exposition to macrolides in comparison with males (3.18 vs. 2.61 dispensation/patient). **Conclusion:** Great differences between macrolide-naive and eradication-naive clarithromycin-resistance rates suggest that not only eradication-related but any other prior macrolide treatment should be considered for choosing the right HP- eradication protocol. Higher prevalence of clarithromycin-resistance in females is closely related to increased exposition to macrolide antibiotics.

95

NYELÉSKÉPTELEN BETEG KÁLVÁRIÁJA, ALIG REMÉLT GYÓGYULÁSAKotsis L.¹, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest, Mellkasebészeti Osztály¹

Lúgvás után kialakult pylorus elzáródást GEA-val megoldott, majd nyeléképtelenné vált, gastrostomizált nőbeteg, cahexiás állapotban került tanszékünkre. Az áteresztő gyomorsípó környéke súlyosan gyulladt volt. A nyelésvizsgálat kötőtűnyire beszűkült mellkasi nyelőcsövet, de működő GEA-t ábrázolt. Ebben a nem sok reményre jogosító helyzetben, első lépésben, relaparotómiából a későbbiek szempontjából előnytelen GEA-t bontottuk le, majd heges pylorusát rezekáltuk és optimális Billroth I anastomosist készítettünk. Második lépésben, 3 hónap után, nyeléképességét substernalis colon bypassal állítottuk helyre úgy, hogy a colon segment végét a gyomor-csonkba ültettük be. Gyomorsípóját ez után szüntettük meg. A beteg tápláltsági állapota és közérzete fokozatosan javult, sőt végül testsúlya látványosan, több tíz kilóval gyarapodott. Ez a beteg is azt a Krisár által felállított tételt igazolta, hogy még komplex lúgos szűkületekben is, ha nyelőcső rezekció helyett az alacsony kockázatú, de isoperistaltikus colon bypass és takarékos fiziológias típusú gyomor rezekció kombinálásával, optimális eredmény érhető el.

96

NSAID OKOZTA SÚLYOS GASTROINTESTINÁLIS VÉRZÉS: A KAPSZULÁS ENDOSZKÓPOS NEHÉZSÉGEIKovács M.¹, Ubrankovics A.¹, Molnár Cerna A.¹, Lukovich P.², Nyulási T.³, Székely G.¹, 1.sz. Belgyógyászati-gastroenterológiai Osztály, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest¹, Sebészeti Osztály, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest², Központi Aneszteziológiai és Intenzív terápiás Osztály, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest³

Bevezetés A nem szteroid gyulladáscsökkentők (NSAID) a gastrointestinalis (GI) traktus teljes hosszában nyálkahártya károsodást okoznak. A vékonybél kapszulás endoszkópia (VCE) bevezetését követően vált egyértelművé, hogy leggyakrabban a vékonybél mucosa károsodik. Összehasonlító vizsgálatok bizonyítják, hogy rövid ideig tartó NSAID szedés esetén a betegek 50-70%-ban, míg tartós szedésnél 80%-ban mucosa károsodás van. Az NSAID okozta gyomor és nyombél fekélyek esetén 60%-ban a betegek GI vérzéssel kerülnek ellátásra. Az irodalmi adatok alapján ebben a betegcsoportban a vékonybél fekélyek előfordulása 55%. Az NSAID kezeléssel összefüggő vérzéses mortalitás hazánkban 700 fő/év. **Beteganyag és módszer:** Osztályunkon 2011-től 225 VCE történt vékonybél vérzés és Crohn betegség indikációval. Jelen munkánkban a VCE nehézségeire helyezzük a hangsúlyt NSAID okozta multiplex GI vérzés esetén. Esetismertetés: A 70 éves férfi felvételére urgencyen kerül sor manifest GI vérzéssel. Anamnéziséből egy hónapja bal tüdő alsó lobectomia emelhető ki adenocarcinoma miatt. A beavatkozást követően mellkasi fájdalom miatt egyidejűleg diclofenac, nifluminsav és metamizol-nátriumot szedett. A sürgősségi endoszkópia során egy nyelőcsőfekély és több „giant” nyombélfekély volt észlelhető. A lezárlószárban lévő fekélyek Forrest I/b és I/c stádiumúak, ezért kombinált endoszkópos vérzéscsillapítás történt. 4 nap múlva hypovolaemiás sokkot okozó Forrest I/a duodenum fekély ismételt endoszkópos vérzéscsillapítása vált szükségessé. Mivel az endoszkópos beavatkozásokkal primer haemostasist nem tudtunk biztosítani a 6. napon fellépő ismételt hypovolaemiás sokkot okozó vérzés miatt sürgős műtét történt. Műtétet követően kétoldali pneumonia, szepitikus állapot miatt intenzív osztályra került a beteg. A posztoperatív 6 naptól ismételt transzfúzióigényes manifest vérzések észlelhetők. Panendoscopia, colonoscopia és DSA-angiographia aktív vérzésforrást nem verifikált. A VCE során a duodenumban és a vékonybél felső harmadában regenerációs hajlamot mutató fekélyek és egy kis angiodysplasia észlelhető. A folyamatos vérigény miatt intraoperatív enteroscopia mellett döntünk, melynek során manifest vérzésforrást lokalizálni nem tudtunk. Következtetések: Recurráló NSAID okozta vérzés esetén a

fekélyek multiplicitása komoly diagnosztikus nehézséget jelent. Manifest vérzés a VCE szenzitivitását növeli, viszont hátrányt jelent intraoperatív enteroszkópia során.

97

AN INTERESTING CASE OF A PANCREAS METASTATIC DISEASEKovács A.¹, Patai Á.¹, Tolvaj B.², Markusovszky Teaching Hospital 2nd. Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology¹, Markusovszky Teaching Hospital Department of Pathology²

Introduction The pancreas is a potential site of metastatic spread from a multitude of different primary neoplasms. Autopsy data by Adsay et al. found that 81 patients had metastatic disease with spread to the pancreas including lung, stomach, colon and esophageal cancer and lymphoma. [Sho08] Patients with metastases to the pancreas usually are identified in one of the following ways: the pancreatic lesion is discovered during initial metastatic work-up, the lesion is identified during routine follow-up or after resection of the primary cancer. Radiologic findings that arouse suspicion for metastatic disease to the pancreas rather than a primary neoplasm include hypervascularity of lesions, absence of lymphadenopathy, and multicentricity. [Sho08] Isolated metastases to the pancreas are clinically rare, and the three most common primary cancers are the renal, lung and breast cancer. Renal cell cancers (RCC) are relatively uncommon malignancies accounting only for 3% of all newly diagnosed cancers, but it is also the third most frequent urogenital tract tumor. **Patients** Here the case of a 72 ys old female patient will be presented. Regarding her past medical history, there were records of a well-controlled hypertension and a right nephrectomy because of RCC in 2009. The patient had no symptoms at all. The control abdominal CT scan revealed two lesions in the pancreas. According to the CT morphological signs the diagnosis, was PNET. During her endoscopic ultrasound examination two hypoechogenic, centrally minimally hyperechogenic and well vascularised lesions could be seen in the pancreatic parenchyma. First we performed fine needle aspiration. As the cytologic evaluation did not show any pathologic disorder, we decided to perform fine needle biopsy. The histology surprisingly showed the late metastasis of the renal cell cancer which was surgically removed 8 years ago. **Discussion** This case report aims to draw attention to the metastatic diseases of the pancreas. In both the isolated and diffuse form of these cases a relatively rare disease, the renal cell cancer is one of the most frequent primary tumors. It is particularly interesting that only 12% of pancreatic metastasis was found to be synchronous with the primary renal cell tumor. In fact, most patients who presented with pancreatic metastasis from renal cell, cancer did so an average of 9.2 years after initial resection. Radiologic findings that arouse suspicion for metastatic disease to the pancreas rather than a primary neoplasm include hypervascularity of lesions, the absence of lymphadenopathy, and multicentricity [Sho08]. **References** Showalter, S. L., Hager, E., & Yeo, C. J. (2008). Metastatic disease to the pancreas and spleen. Philadelphia: Jefferson Digital Commons.

98

VÉKONYBÉL FEKÉLY RITKA OKAI; TANULSÁGOK A KAPSZULÁS PRAXISUNKBANKovács V.¹, Durcsán H.¹, Kiss G.¹, Regőczy H.¹, Varga S.², Kránitz N.², Rácz I.¹, I. Belgyógyászati-Gastroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹, Patológiai Osztály, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr²

Bevezetés: A vékonybél kapszulás vizsgálatok (VCE) számának növekedésével egyre gyakrabban találkozunk olyan eltérésekkel, mely differenciál diagnosztikus nehézséget okozhatnak. Munkánkban két ritka, és diagnosztikus nehézséget okozó kórképet tárgyalunk, melyek több szakma együtt működésével váltak tisztázhatóvá. A kivizsgálás kulcs mozzanata mindkét esetben a VCE volt. **Esetismertetés:** Betegeink vezető tünete a heves hasi fájdalom volt. A betegek komplett gastroenterológiai kivizsgálásának elemeként a VCE elvégzése is szükségessé vált. A vizsgálat

során a vékonybél fekélyes elváltozását igazoltuk, azonban az eltérések nem hasonlítottak az már jól ismert Crohn fekélyekhez, ugyanakkor az alkalmazott szteroid kezelés a betegek állapotának javulásához vezetett. A további kiterjesztett vizsgálatok és a szövettani eredmények vezettek a diagnózis felállításához. Az első esetben szisztémás vasculitist, azaz Behcet-kór, a második bemutatott esetben Schönlein-Henoch betegség állt a vékonybélben talált fekélyes elváltozások hátterében. **Következtéseink:** A VCE elterjedésével és az indikációs kör bővülésével számos olyan eltéréssel találkozhatunk a vékonybélben, melyről korábban képi ismeretünk nem volt, bár a betegség vékonybél manifesztációjával régóta tisztában voltunk. A diagnózis felállításban a társszakmák bevonása mellett a részletes szövettani elemzés nyújtott segítséget.

99

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

Kui B.¹, Gódi S.², Bajor J.², Török I.³, Macaria M.³, Farkas H.³, Mickevicius A.⁴, Sallinen V.⁵, Maldonado E.⁶, Papp M.⁷, Kovács G.⁷, Fehér E.⁷, Sarlós P.², Shamil G.⁸, Németh B.¹, University of Szeged, First Department of Medicine, Szeged, Hungary¹, University of Pécs, Medical School, Department of Translational Medicine, Pécs, Hungary², Mures County Emergency Hospital, Department of Gastroenterology, Targu Mures, Romania³, Vilnius University Hospital Santariskiu Klinikos, Center of Hepatology, Gastroenterology and Dietetics, Vilnius, Lithuania⁴, Hospital of Helsinki University Central Hospital, Department of Abdominal Surgery, Helsinki, Finland⁵, Consorci Sanitori del Garraf, Sant Pere de Ribes, Department of General Surgery, Sant Pere de Ribes, Spain⁶, University of Debrecen, Department of Internal Medicine, Debrecen, Hungary⁷, Saint-Luke Clinical Hospital, Saint-Petersburg, Department of Digestive Surgery, Saint-Petersburg, Russian Federation⁸, Vitkovická Nemocnice A. S., Centrum Pece O Zazivaci Trakt, Ostrava, Czech Republic⁹

Background: Acute pancreatitis (AP) is one of the most common diseases of the gastrointestinal tract associated with significant morbidity and mortality. The assessment of severity is crucial in the management of the disease. Current methods of risk stratification in AP have a limited value. The EASY trial is an observational, multicenter, prospective cohort study for establishing a simple, easy and accurate clinical scoring system for early prognostication of AP. We aimed to create a new scoring system, which can predict the severity of AP in the early phase of the disease. **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 patients from multiple centers will be enrolled into this trial using the Registry. The study is internationally registered and has an ethical approval by the National Hungarian Ethical Authority. **Results:** 650 patients were enrolled in the EASY study from different international centers so far. The average age was significant higher in severe AP group, compared to mild and moderate ones (64±3 vs 55±1; 52±2 years). Comorbidities were more frequent findings in patients who suffered from severe AP, versus (vs) who suffered from mild or moderate disease (90 % vs 74 %, 67 %). Abdominal guarding had significantly higher rate in severe AP group vs mild and moderate (33 % vs 21 %, 20 %). Analysis of kidney functions showed that serum creatinine level were significantly higher in severe AP group vs in mild and moderate ones (143±29 vs 79±1, 86±3 µmol/l). Serum lactate dehydrogenase (LDH) levels were significantly higher in moderate and severe AP groups, compared to mild disease (451±29, 542±67 vs 406±12 U/l). Pleural effusion occurs more frequent in moderate and severe groups vs in mild one (12 %, 19 % vs 5 %). **Conclusion:** EASY score may be an easy and accurate system to evaluate the early severity of AP. Although some parameters (age, presence of comorbidities, abdominal guarding, serum creatinine

and LDH levels, presence of pleural effusion) have shown correlation with the severity of AP in early phase of the disease, we have to include more patients to have reliable results.

100

ULTRASONOGRAPHY BEFORE AND AFTER PROCEDURES IN THE BILIARY SYSTEM

Laczi D.¹, Tóth G.¹, Székely G.¹, I. sz. Belgyógyászati - Gasztroenterológiai Osztály - Szent János Kórház - Budapest¹

Introduction: Digital technique has a new era in abdominal ultrasonography diagnostics, which makes the immediate spatial reconstruction of the investigated area possible. It is useful in the evaluation of circulation by means of color- and power- Doppler method. In case of interventional procedures, we used this method. We searched for pathologic biliary obstruction and signs of dislocation and compression by color-Doppler examination.

Patients and methods: Illustrative case demonstrations in patients with benign and malignant biliary obstruction (before and after retrograde cholangiography and endoscopic therapy) were examined by 2D and duplex plus color-Doppler US. The intrahepatic biliary, portal and hepatic venous vasculature with the direction of circulation was evaluated. Intra- and extrahepatic portosystemic collaterals were demonstrated. **Results:** The preoperative assessment of patients showed the cause of the extrahepatic obstruction. Pathologic portal or hepatic vasculature were seen and the signs of dislocation and compression visualized partly by 2D color-Doppler US. These patients were followed-up after the procedures. The investigation time proved to be no longer than the previous non-digital techniques. **Conclusion:** Digital US investigation of patients before and after biliary endoscopic therapeutic procedure gives new data of anatomic situation of biliary system and liver vessels. The follow-up of patients after this procedures may be the most valuable non-invasive method of choice.

101

KRÓNIKUS ROFECOXIB KEZELÉS MÉRSÉKLI A SZÍVIZOM ISZKÉMIA-REPERFÚZIÓT KÖVETŐ KORAI BÉLNÁLKAHÁRTYA KÁROSODÁST PATKÁNYBAN

László S.¹, Lázár B.¹, Brenner G.¹, Balogh M.¹, Al-Khrasani M.¹, Scheich B.², László T.³, Helyes Z.⁴, Ferdinandy P.¹, Gyires K.¹, Zádori Z.¹, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest², Patológiai Intézet, Pécsi Tudományegyetem, Pécs³, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet, Pécsi Tudományegyetem és Szentágotthai János Kutatóközpont, Pécs⁴

Bevezetés. Régóta ismert, hogy egy adott szövet iszkémiája és azt követő reperfúziója nem csak lokális, hanem távoli szervekben bekövetkező szöveti károsodással is jár, melynek pathomechanizmusa csak részleteiben feltárt. A gasztrointesztinális (GI) nyálkahártya távoli károsodását számos szerv iszkémia/reperfúzióját (I/R) követően leírták, az azonban egyelőre nem tisztázott, hogy a szívizomzatban létrejövő I/R hogyan befolyásolja a belek véráramlását és a nyálkahártya-integritást. Szintén nem egyértelmű, hogy a ciklooxygenáz-2 (COX-2) enzimnek védő vagy súlyosbító szerepe van a károsodás pathomechanizmusában. Kísérleteink során ezért a szívizom I/R bélnyalkahártyára kifejtett korai hatásait vizsgáltuk naív és COX-2 gátlóval krónikusan kezelt patkányokon. **Módszerek.** Altatott, előzetesen oltódszerrel vagy rofecoxibbal 28 napig kezelt Wistar patkányokon a bal coronaria elülső leszálló ágát (LAD) 30 percig leszorítottuk, melyet 120 perces reperfúzió követett. A műtét végén az állatok vékonybélét eltávolítottuk és a nyálkahártyát makroszkóposan és hisztológiai módszerrel vizsgáltuk. Szintén vizsgáltuk a szívizom I/R hatását a vékonybél véráramlására lézer Doppler módszerrel. **Eredmények.** A LAD 30 perces leszorítása, majd a szívizomzat 2 órás reperfúziója nem okozott makroszkópos elváltozást a vékonybélben, a nyálkahártya szövettani vizsgálata azonban szignifikáns károsodást igazolt. A krónikus rofecoxib kezelés önmagában nem befo-

lyásolta a nyálkahártya integritását, azonban szignifikánsan csökkentette a szívizom I/R által okozott hisztológiai károsodást. A LAD leszorítása azonnali, 20-30%-os csökkenést okozott az állapotok vérnyomásában és a vékonybél véráramlásában egyaránt, melyek azonban még a leszorítás alatt, 10-12 percen belül normalizálódtak. Konklúzió. Eddigi eredményeink arra utalnak, hogy a szívizomzatban bekövetkező I/R már 2 órán belül kimutatható hisztológiai elváltozással jár a vékonybélben. Ez feltehetően nem a béllyálkahártya perfúziójának csökkenése miatt alakul ki, mely viszonylag kismértékű és átmeneti. A béllyálkahártya távoli károsodásának pathomechanizmusában a COX-2 enzim szerepet játszhat, azonban további vizsgálatok szükségesek ennek igazolására. A kutatást támogatta az NKFI (FK 124878 és NVKP-16-1-2016-0017 Nemzeti Szívprogram), valamint az Emberi Erőforrások Minisztériumának ÚNKP-17-4 számú Új Nemzeti Kiválóság Programja.

102

CLINICAL SIGNS OF SEVERITY AND THERAPEUTIC INTERVENTION IN PEDIATRIC ACUTE PANCREATITIS – PROSPECTIVE MULTICENTER NATION-WIDE COHORT

Lásztity N.¹, Mosztbacher D.², Tóth A.⁴, Demcsák A.⁴, Szentesi A.³, Tokodi I.⁶, Vass I.⁷, Tészás A.⁷, Czelecz J.⁸, Tél B.², Kaán K.², Juhász F.², Veres G.², Guthy I.⁹, Tomsits E.¹⁰, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Department of Pediatrics, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary⁵, Department of Pediatrics, St. George Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary⁶, Department of Pediatrics, University of Pécs, Pécs, Hungary⁷, Bethesda Children's Hospital, Budapest, Hungary⁸, Szabolcs-Szatmár-Bereg County Hospitals, Jóna András University Teaching Hospital, Nyíregyháza, Hungary⁹, 2nd Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹⁰

Introduction: Pediatric acute pancreatitis (AP) has a rising incidence, also different etiologic factors, role of genetic mutations has been revealed in past years. Predicting severity of disease and optimal management of pediatric AP is still a main goal of many research. Aim: Prospectively collected data about the clinical presentation, signs of severity, outcome and therapeutic intervention of children admitted to hospital because of AP were analyzed. **Patients and Methods:** In National Registry of Hungarian Pancreatic Study Group 52 children suffering from AP were enrolled from 14 centers between 2012-2017. The median age was 14,9 (range 3-18) years, 30 girls and 22 boys were enrolled. The 86% of the AP patients had mild and 14% moderate episodes, no severe AP was observed. The severity was defined by modified Atlanta criteria. **Results:** We found the same age distribution in mild and moderate severity groups. All the children presented with abdominal pain. Nausea and vomiting were presented in 62% of children with mild AP and in 71% of moderate cases. In the group of moderate AP the CRP level was significantly higher than in mild cases (42.16 mg/L vs 23.44 mg/L, $p=0,039$). There was no significant difference in the level of pancreatic enzymes (amylase: 672.3 vs. 915.6 IU, lipase: 1444 vs 1137 IU/L) and white blood cell count (10,49 vs 11,60 G/L) between mild and moderate groups. The length of hospitalization did not differ significantly in mild and moderate AP (12.79 vs 16.82 days, $p=0,16$). All of the children received early intravenous fluid (IVF) replacement in the first 24-48 hours of the treatment, but initiation of IVF at 1,5-2 times the maintenance amount during the first 24 hours were given in 14/52 (27%) cases. **Conclusion:** In early phase of pediatric AP elevation of CRP levels associated with more severe course of the disease. There was no difference in clinical presentation and duration of hospital treatment between the two groups. More clinical data, prospective multicenter studies are needed for optimal management of AP in children.

103

SMALL BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY EXAMINATIONS FOR DETECTING SMALL INTESTINAL LESIONS OF CROHN DISEASE IN CHILDREN

Lásztity N.¹, Gombos E.¹, Karoliny A.¹, Nagy A.¹, Department of Gastroenterology, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest¹

Introduction: The main indication for video capsule endoscopy (VCE) in children is the assessment of small bowel Crohn's disease (CD). VCE provides a high diagnostic yields comparable to magnetic resonance- based enterography or enteroclysis, and has a high sensitivity in detection of early and proximal small intestinal lesions of CD. The aim of our study was to assess the diagnostic value and tolerance of VCE in paediatric patients with inflammatory bowel disease (IBD). **Methods:** This is a retrospective review of the VCE studies (n:126, PillCam SB, Given Imaging) that were performed in our institution from January 2010 to February 2018. **Results:** Indications for the procedure in 84 cases were confirmed or suspected IBD (Crohn's disease (CD) n:21, ulcerative colitis (UC) n:15, undetermined colitis (IBDu) n:10, suspected CD n:38), 52% of them were males, median age was 11.5 years (range: 3.0 to 18.0). In 9 cases the VCE was placed endoscopically into the duodenum under general anaesthesia. In 80% of the cases the VCE was seen in the cecum at the end of recording (9-12 hours) with a median small bowel transit time 260 minutes (range 87 to 551). Four of children retained the capsule, only one needing surgical removal from terminal ileum stricture. Positive findings were observed in 52/84 (62%), of which 32% were helpful in terms establishing a new diagnosis. Comparing MR enterography and VCE findings in 9/35 cases only VCE showed small bowel changes. In 68% of cases there were changes in the therapeutic approach of the patient. We found significant correlation between Lewis score and Crohn's disease activity index (PCDAI) ($r:0.62$, $p:0.0003$), and stool calprotectin levels ($r:0.64$, $p:0.02$). **Conclusions:** Our experience demonstrates that VCE is a useful and safe diagnostic modality in childhood inflammatory bowel disease. With the high sensitivity and negative predictive value VCE could be a first line study in suspected Crohn disease, useful for evaluation of the disease extent and treatment monitoring.

104

KRÓNIKUSAN ALKALMAZOTT SZELEKTÍV ÉS NEM SZELEKTÍV CIKLOOXIGENÁZ GÁTLÓK HATÁSÁNAK VIZSGÁLATA A VÉKONYBÉLRE PATKÁNYBAN

Lázár B.¹, László S.¹, Balogh M.¹, Berekméri E.¹, Al-Khrasani M.¹, Gyires K.¹, Zádori Z.¹, Farmakológia és Farmakoterápiás Intézet, Semmelweis Egyetem, Nagyvárad tér 4, 1089, Budapest¹

Bevezetés: A nem-szteroid gyulladásgátlók (NSAID-ok) által okozott béllyálkahártya károsodás (enteropátia) patomechanizmusa komplex és terápiája máig nem megoldott. Az elmúlt évek során számos faktort azonosítottak, melyek feltehetően szerepet játszanak a bélfekélyek kialakulásában, mint a vegyületek enterohepatikus recirkulációját, vagy a bélflóra összetételének megváltozását. Az eddigi irodalmi adatok arra utalnak, hogy mindkét ciklooxygenáz (COX) enzim együttes gátlása szükséges a szöveti károsodáshoz, ezen vizsgálatok során azonban az NSAID-okat csupán rövid ideig adták. Jelen kísérletünkben ezért különböző COX-preferenciájú NSAID-ok béllyálkahártyára kifejtett hatását hasonlítottuk össze krónikus alkalmazás során patkányban. **Módszerek:** Wistar patkányokat 4 hétig kezeltünk különböző dózisú indometacinnal (nem szelektív COX-gátló), ketorolac-kal (COX-1 iránt nagyobb szelektivitást mutató vegyület), celecoxibbal, rofecoxibbal és etoricoxibbal (szelektív COX-2 gátlók), vagy oldószerükkel. A vegyületek alkalmazott dózisainak COX szelektivitását az "air pouch" módszerrel igazoltuk. A krónikus kezelés végén az állatok vékonybélét eltávolítottuk és a nyálkahártya változásokat makroszkóposan és hisztológiailag értékeltük. **Eredmények:** Az indometacin dóziszfüggően károsította a vékonybélét, a legnagyobb alkalmazott dózisban (5 mg/kg) súlyos enteropátiát okozott.

zott súlyvesztéssel, többszörös fekélyekkel, adhéziókkal és peritonitissal. A bélfal gyulladását és a nyálkahártya károsodását a szövettani vizsgálat is igazolta. Ezzel szemben sem a ketorolac, sem a vizsgált COX-2 gátlók nem okoztak szignifikáns makroszkópos vagy hisztológiai eltérést a vékonybélben. **Konklúzió:** Eddigi eredményeink arra utalnak, hogy a COX-1 vagy COX-2 enzimek szelektív gátlása önmagában krónikus alkalmazás esetén sem okoz számottevő nyálkahártya károsodást a vékonybélben, és együttes gátlásuk szükséges az enteropátia kialakulásához. A kutatást támogatta az NKFI (FK 124878 és NVKP-16-1-2016-0017 Nemzeti Szívprogram), valamint az Emberi Erőforrások Minisztériumának ÚNKP-17-4 számú Új Nemzeti Kiválóság Programja.

105

EPIDEMIOLOGY, HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AND WORK PRODUCTIVITY OF PATIENTS TREATED FOR HCV IN HUNGARY-RESULTS OF THE REAL-WORLD STUDY FROM HUNGARIAN TREATMENT CENTRES PARTICIPATING IN THE MOSAIC STUDY

Lengyel G.¹, Horváth G.², Szalai F.³, Tusnádi A.⁴, Pataki M.⁵, Tivadar A.⁶, Werling K.¹, Pusztay M.⁷, Gerlei Z.⁸, Makara M.⁹, Nemesi K.⁹, Bányai T.¹⁰, Varga M.¹¹, Hunyady B.¹², 2nd Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Hepatology Center of Buda, Budapest, Hungary², 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary³, Hetényi Géza Hospital, Szolnok, Hungary⁴, Directorate of Health and Social Services, Kecskemét, Hungary⁵, Abbvie Kft, Budapest, Hungary⁶, Szent János Hospital, Budapest, Hungary⁷, Department of Transplantation and Surgery of Semmelweis University, Budapest, Hungary⁸, South-Pest Center-Hospital, Budapest, Hungary⁹, Pándy Kálmán Hospital, Gyula, Hungary¹⁰, Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary¹¹, Somogy County Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár and University of Pécs, Pécs, Hungary¹²

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:** MOSAIC is an international prospective multicentre 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 enrolment are prospectively followed for 48 weeks after start of the treatment. The final results regarding patients' characteristics, their health related quality of life and work productivity (EQ-5D-5L and HCV-PRO scores, absenteeism, presenteeism) from the Hungarian cohort are reported here. **Results:** Until 17.June 2016 altogether 196 patients were enrolled of which 94 (48.5 %) were treatment naïve and 102 (51.5 %) were treatment experienced. The mean age was 54,6 ± 11,10 years. The proportion of males was 46,4 % and proportion of females was 53,6 %. 62 (31.6%) patients had minimal or no fibrosis, 20 (10.2%) patients had portal fibrosis, 26 (13.3%) patients had bridging fibrosis and 65 (33.2%) cirrhosis. For 23 patients fibrosis stage was unknown. HCV genotype distribution of the enrolled population was 120 (93.8%) GT1, 8 (6.3%) GT3; genotype status was unknown for 68 patients. EQ-5D-5L score decreased from 0,825± 0,180 to 0,811 ± 0,146. HCV-PRO score decreased from 67,2± 24,5 to 58,7 ± 26,6. The range of absenteeism did not change between baseline and end of treatment. Median of presenteeism % had increased from 0 to 25, but the median percentage of change from baseline did not changed. Total Work Productivity(TWP %) and Total Activity Impairment(TAI %) median of change from baseline is increased by 10%. Based on univariate analysis lower age, absence of cirrhosis and baseline HCV RNA ≤800000 IU/mL (vs. >800000 IU/mL) are associated with a higher likelihood for treatment completion. Furthermore, higher changes in HCV PRO score, in EQ-5D-5L index score and in EQ-5D-5L VAS score were associated with higher likelihood for treatment completion. Four patients required hospitalization. Most

patients had no unscheduled outpatient consultation. **Conclusion:** Results from the Hungarian cohort of the MOSAIC study show a moderate trend for deterioration of health-related quality of life and work productivity associated with IFN based treatment for patients with chronic HCV infection during treatment period.

106

A DISEASE THAT HAS BEEN KNOWN FOR NEARLY 40 YEARS – WHY DO NOT WE THINK ABOUT IT?

Liebe R.¹, Csák T.¹, Lippai D.², Dakó S.², Fintha A.³, Szűcs Á.⁴, Har-sányi L.⁴, Sahin P.¹, Department of Gastroenterology, Hospital Jahn Ferenc, Budapest¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest², 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest³, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest⁴

Landres and his colleagues were the first to report the case of a 44-year-old male patient with achalasia caused by the eosinophil infiltration of the esophagus. By definition, chronic eosinophilic esophagitis is the reversible inflammation of the esophagus caused by eosinophil granulocytes that may lead to dysphagia, esophageal stricture or food impaction, as it occurred in our case as well. Its prevalence is similar to that of inflammatory bowel diseases. It presents mostly in young male patients who suffer from atopic diseases and symptoms of reflux along with normal esophageal pH. By this case report, our aim was to draw attention to the importance of the early diagnosis of eosinophilic esophagitis. We present through a typical case how severe the consequences of food impaction in the esophageal stricture may be. In our case, eosinophilic esophagitis was not considered as a possible diagnosis when the 37-year-old male patient first attended because of dysphagia. Swallowing test under X-ray was performed without any abnormalities, endoscopic examination did not occur. The diagnosis of eosinophilic esophagitis first came into question at the second appearance of the patient, based on the food impaction, the endoscopic image and the unsuccessful foreign body removal. During the endoscopic manipulation, we noticed the immediate formation of longitudinal fissures. The attempt of removing the foreign body ended with the extirpation of the esophagus and the histological examination confirmed the diagnosis of eosinophilic esophagitis. Thereafter, we could minimally improve the patient's nutritional condition by starting complex enteral feeding therapy but despite of the increased protein intake and physiotherapy, the patient remained sarcopenic. The esophageal replacement surgery was, however, performed successfully. **Conclusion** In case of therapy resistant reflux or food impaction, the possibility of eosinophil esophagitis should always be considered, especially in young patients. The early diagnosis and appropriate therapy may contribute to avoid esophageal perforation in case of food impaction.

107

EPEÚTI FÉMSTENTEKSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK 100 ERCP KAPCSÁN.

Lipusz B.¹, Burai M.¹, Tarpay Á.¹, Pozsár J.¹, Szmolá R.¹, Intervenció Gasztroenterológiai Részleg, Országos Onkológiai Intézet, Budapest¹

Bevezetés/célkitűzés: Az inoperábilis malignus epeúti szűkületek palliatív kezelésében az öntáguló epeúti fémstentek az endoszkópos terápia alapját képezik. Jelen vizsgálatunkban az eredményesség és szövődmények mutatóit elemeztük saját betegcsoportunkban. **Betegek/módszerek:** 2016-ban az Országos Onkológiai Intézet, Intervenció Gasztroenterológiai Részlegén ERCP vizsgálat során 100 öntáguló epeúti fémstent beültetését végeztük. A 100 epeúti fémstent 94 ERCP vizsgálat során került beültetésre. A vizsgálatban 83 beteg (ffi 43, nő 40) adatait elemeztük (átlagéletkor a vizsgálat időpontjában 64 év). A vizsgálatok indikációit, technikai/funkcionális eredményességét és szövődményeit retrospektív módon dolgoztuk fel, a betegek utánkövetését 16 hónapig végeztük. **Eredmények:** A szűkületek etiológiáját tekintve

79 esetben (95.2%) malignus, 4 betegnél (4.8%) benignus betegség igazolódott. A stentelt epeúti szűkület 68%-ban a disztális epeutakba volt lokalizálható. A fémstentek típusa szerint: 62% fedetlen, 22% fedett, 16% részlegesen fedett stent került implantációra. A fémstent beültetése 99%-ban volt technikailag sikeres. 2 esetben regisztráltunk spontán regrediáló hyperamylasaemiát, pancreatitis klinikai jelei nélkül, fedett fémstent disztális alkalmazása kapcsán, 12 esetben stentbenövés ismételt ERCP vizsgálatot tett szükségessé, 2 esetben a beültetett fedett fémstent migrált. **Következtetések:** Az epeúti fémstentek tartós funkcionális sikerességét fedetlen stentek esetében a benövés, a fedett stenteknél a migráció korlátozza legnagyobb mértékben. Az öntáguló epeúti fémstentek döntően a malignus szűkületek endoszkópos palliációjában kerülnek felhasználásra, ugyanakkor a pancreatobiliáris szűkületek pre-operatív ellátásában és benignus szűkületek tágitásában is szerepet kaphatnak a jövőben.

108

THE SEVERITY OF LIVER FIBROSIS AND PREVALENCE OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN DIABETIC AND NON-DIABETIC CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS. RESULTS OF A COMPARATIVE STUDY FROM A NORTH-EAST HUNGARIAN REGION

Lombay B.¹, Szalay F.², St. Ferenc Hospital (Member of the Borsod County Central Teaching Hospital), Department of Gastroenterology, Miskolc¹, Semmelweis University, I. Clinic of Medicine, Budapest²

Background: Chronic hepatitis C (CHC) patients have an increased prevalence of type 2 diabetes mellitus (T2DM). Some publications deal with the role of T2DM in the severity of liver fibrosis and its influence for the development of hepatocellular carcinoma (HCC). **Aim:** To evaluate T2DM and HCC prevalence in our CHC genotype 1 patients and to investigate the severity of liver fibrosis and HCC frequency in diabetic vs. non-diabetic comparison. The frequency of severe liver failure and mortality were registered in both patients groups. Patients and methods: 358 CHC patients (157 male, M/ 201 female, F; all HCV genotype 1) were involved in this retrospective study from 2006-2018. We followed the patients from the first detection of HCV infection. T2DM was diagnosed by fasting and postprandial serum glucose values and oral glucose tolerance test. Fibrosis stages were evaluated with liver biopsies or non-invasive Fibroscan method. HCC was diagnosed by ultrasonography, CT or MRI and confirmed by histology using fine needle aspiration biopsy (FNAB) or core biopsy. AFP was detected if US showed focal liver lesion. **Results:** We found 35% T2DM prevalence (127/358) among our patients and overall 21 cases of HCC (6%) were detected. In diabetic vs. non-diabetic comparison, severe fibrosis stage ($\geq F3$) was detected in 80% vs. 40% ($p < 0.01$); the cirrhosis rate was 70% vs. 27% ($p < 0.01$). HCC rate was 11% vs. 3% ($p < 0.01$). Similarly, the frequency of severe liver insufficiency and mortality was 30% vs. 4% ($p < 0.001$) and 20% vs. 3.5% ($p < 0.001$). T2DM and HCC prevalence in cirrhotic vs. non-cirrhotic subjects was 59% vs. 18% ($p < 0.01$) and 13% vs. 0.5% ($p < 0.001$), respectively. The relative risk (RR) of HCC in diabetic vs. non-diabetic patients was 3.66 and it was 27 in cirrhotic vs. non-cirrhotic comparison. In liver cirrhosis the RR was 3.2 for the appearance of diabetes among our patients.

Conclusion: High prevalence of T2DM and relative high HCC rate was detected in our genotype 1 CHC patients. Diabetic patients had more serious liver fibrosis and higher rate of HCC, liver insufficiency and mortality than non-diabetic subjects. The strongest risk factor of HCC was liver cirrhosis. Our data are in concordance with data published in the literature.

109

TISSUE-BASED IN SITU DETECTION OF THE CLARITHROMYCIN RESISTANCE FOR THE PERSONALISED HELICOBACTER PYLORI ERADICATION THERAPY

Lotz G.¹, Kocsmár É.¹, Kramer M.¹, Szijártó A.², Buzás G.³, Bene L.⁴, Kocsmár I.¹, Szirtes I.¹, Kramer Z.¹, Röst G.⁵, Kiss A.¹, Schaff Z.¹, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Buda-

pest¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest², Department of Gastroenterology, Ferencváros Health Centre, Budapest³, 1st Department of Medicine, Péterfy Hospital, Budapest, Hungary⁴, Bolyai Institute, University of Szeged, Szeged⁵

Introduction: Clarithromycin-resistance (Cla-res) is the leading cause of treatment failure of *Helicobacter pylori* (HP) infections. Our aim was to examine the prevalence of clarithromycin-resistant HP-infection and its connection to gender and age in a monocentric cohort. **Method:** 4744 HP-positive adults were examined (2708 females; 57.1 %, 2036 males; 42.9 %). HP positive gastric mucosal tissue slides were investigated by a bacterial rRNA-targeted FISH-test (BactFISH *Helicobacter* Combi Kit) detecting the clarithromycin-sensitive and -resistant HP-bacteria. HP eradication-related and -independent antibiotic consumption anamneses of these patients were collected in cooperation with the Hungarian National Health Insurance Fund.

Results: Overall Cla-res rate was 17.2 %. Females showed significantly ($p < 0.0001$) higher Cla-res rate (19.8 %) than males (13.7 %). Low Cla-res prevalence (12.9 %) was found in the age group 70+. Cla-res rate reached 20 % in females aged under 70, while it was less than 15 % in males except ages 30–39 (15.3 %). Cla-res prevalence was significantly lower (5.52 %) in macrolide-naïve patients than in the macrolide-treated group (30.5 %; $p < 0.001$). No significant difference was found between macrolide-naïve females and males (6.4 % vs. 4.6 %; $p = 0.057$). **Conclusion:** Gender and age distribution of clarithromycin-resistance should be considered for HP-eradication treatments. Our results suggest that higher prevalence of clarithromycin-resistance in females is related to increased exposition to macrolide antibiotics.

110

ANTI-TNF ALFA TERÁPIA GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGBEN: HOGYAN BEFOLYÁSOLJA AZ INFLIXIMAB SZÉRUM SZINTJE A TERÁPIÁS DÖNTÉST?

Lovas S.¹, Nagy G.², Kacska S.¹, Altörjay I.¹, Antal-Szalmás P.², Palatka K.¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debrecen²

Bevezetés: Az anti-TNF alfa terápia forradalmasította a gyulladásos bélbetegségek kezelését és gondozását azonban irodalmi adatok alapján a betegek 40%-ában hatásvesztés következik be illetve dózisemelésre van szükség. **Célkitűzés:** Vizsgálatunk célja volt az infliximab szérumszintjének és antitest szintjének mérése gyulladásos bélbetegségben (Crohn-betegség=CD; colitis ulcerosa=UC) szenvedő, biológiai terápiában részesülő betegek körében, valamint a hatóanyagszintek és az endoszkópos és klinikai aktivitás közötti kapcsolat meghatározása. **Betegek és módszerek:** Klinikai központunkban 55 gyulladásos bélbetegség (CD/UC: 51/4) miatt kezelt beteget vizsgáltunk (95% CI; átlagéletkor: 36,2 év $\pm$ 9,8; férfi/nő arány: 36/19). Összevetettük a hatóanyagszinteket a klinikai aktivitással, laborparaméterekkel, és a kezelés fennállásával. Négy beteg esetében két mérés is történt. A szérum infliximab szintek mérése a DEKK Laboratóriumi Medicina Intézetben, ELISA assay-vel történt. **Eredmények:** A biológiai terápia fennállási ideje átlagosan 50,17 hónap volt. A betegség aktivitásának súlyossága (CDAI) és a C-reaktív protein (CRP) között nem volt szoros összefüggés. 5 mérés esetében találtunk emelkedett infliximab-ellenes antitest szintet. A szérum infliximab-szintek szoros korrelációt mutattak az infliximab-ellenes antitestek szintjével: alacsony ($< 0,3$ ug/ml) infliximab értékhez magas (> 200 ng/ml) antitest szint társult. A magas antitest-szinttel rendelkező csoportban átlagosan magasabb CRP értékeket mérünk (átlag: $29,964 \pm 0,79$). A biológiai terápia fennállásának ideje nem mutatott szoros összefüggést az antitest titerrel. Az alacsony antitest titer nem mutatott összefüggést a klinikai aktivitással, de az endoszkópos képpel korrelált. **Következtetés:** Vizsgálatunk alapján javasolható a biológiai terápiában részesülő betegek szérum anti-TNF-a koncentrációjának és tnf-a ellenes antitestek titerének egyidejű, rutinszerű mérése, mely a jövőben segíthet a terápia optimalizálásában.

111

CASE REPORTS OF NON-OESOPHAGEAL HYPEREOSINOPHIL GASTROINTESTINAL DISORDERS

Lukács M.¹, Hegedűs I.², Péterfi Z.³, Lakatos L.⁴, Vincze Á.³,
Second Dept. of Medicine, Univ. of Pécs¹, Department of Pathology, University of Pécs², First Dept. of Medicine, University of Pécs³, Internal Medicine „Cholnoky” County Teaching Hospital⁴

Introduction: Hypereosinophilia (HE) is defined as elevated rate of eosinophils (Eo) in peripheral blood. Eosinophil gastroenteritis (EG) is an entity of symptoms, HE, 20 Eo/HPF in gastrointestinal specimens and absence of any primary cause of HE. **Case 1:** 58-year-old male university associate professor with a 2 week history of lower abd. pain, watery diarrhoea (Di) and suddenly developed, large ascites. Ascites tap removed 4,5 l exudate with high leukocyte count (HE 20%). Low IgG and IgA levels with normal albumin were observed similarly to Case 3. Skin, rectal, sternum and liver biopsies were also obtained. He lost further 11 kg during 3-day-long iv. methylprednisolon followed by oral administration. The ascites disappeared within 2 weeks and the leukocyte count decreased from 74 G/l to 10 G/l, Eo 87% to 0%. He also had HE period 5 yrs earlier, that was classified as Churg-Strauss syndrome (CSS), but had had just cca. 1 liter of ascites that time (similarly to the two available literature data of CSS with intraperitoneal manifestation). **Case 2:** 49-yr-old male chief internist had gastric surgical exploration (upon macroscopic appearance). The histology proved eosinophil gastritis. Endoscopy was done 3 yrs later for early satiety (thick fold with stiffness). Histology showed Eo in nests in the corpal lamina propria. He received similar therapy to Case 1. There is no further information available about this case, but an evidence of a hard end-point psych. problem. **Case 3:** also a 49-yr-old EG chief internist, with a history of short period of asthma and atopic characteristics. He had vaccination and self-limiting infectious Di a few days earlier, so IgE elevation, HE (Eo 34%), severely decreased IgA and IgG were after the very day of onset detected. Upper abd. pain, quick weight loss, watery nocturnal Di were the symptoms. Further examinations showed weak LTT positivity for an Al-CaCO₃ based antacidum, occult blood and C. glabrata was in 1 out of 5 stool samples. OGD showed gastritis. Histology proved Eo infiltration in duodenal lamina propria (90/HPF), and 40/HPF in the submucosa-70/HPF in a corpal focus. The only intervention was withdrawal of rosuvastatin. Symptoms resolved after 5 weeks. The final peripheral Eo rate was 4%, IgE 229 U/ml. The IgG level almost reached the normal range, but g-globulin level remained low (7,7%) - with full time norm. alb. - after 2,5 months. **Conclusion:** HE states are rare in gastroenterology without a certain origin. Male sex, profession and age are common in these 3 cases, that raises a possibility of psychosocial aetiological issues by immune mechanism. Frightening symptoms can be easily relieved with systemic steroids or withdrawal of medication - depending on the depth of Eo infiltration.

112

HHEMOSPRAYTEL SZERZETT TAPASZTALATAINK AZ MH EK GASZTROENTEROLÓGIAI SZAKRENDELÉSÉN

Lukácsné Bezsenyi A.¹, Micskó É.¹, Csorba Z.¹, Heindlné Tóth A.¹,
Pethe I.¹, Schillerné Toldi M.¹, Nagy J.¹, MH Egészségügyi Központ GE Szakrendelés¹

Az MH EK SZRI Gasztroendoszkópia Részlege 2014 májusától eddigi feladatai mellett kiemelt szerepet kapott az akut gasztrointesztinális vérző betegek regionális ellátása során. Budapesten az öt kiemelt centrum egyike lettünk. Feladatunk az intézet Sürgősségi Betegellátó Centrumába (SBC) érkező és saját telephelyünk fekvőbetegosztályain előforduló gasztrointesztinális vérző betegek szakvizsgálata, endoszkópos terápiás beavatkozások elvégzése. Feladatainkat 24 órás készenléti szolgálat biztosításával látjuk el. A gasztrointesztinális 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. 2014. november 01. és 2016. március 01. között végzett nem varix eredetű felső gasztrointesztinális 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 használata mellett. 11 beteg közül 1 esetben jelentkezett újrávérzés, 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 uralkodó vérzéseket sikerült kezelünk hemospray alkalmazásával

113

FIATAL FÉRFI BETEG TERÁPIA REZISZTENS COLITISULCEROSA MIATTI KOMPLEX BELGYÓGYÁSZATI – SEBÉSZETI ÉS POSTOPERATIV ELLÁTÁSA

Lukovich P.¹, Sahin P.², Dakó S.⁵, Kovács M.³, Nagy Á.¹, Boga A.⁵,
Simon B.¹, Csiba B.¹, Szent János Kórház, Sebészeti Osztály¹, Jahn Ferenc Kórház, Gastroenterológiai Osztály², Szent János Kórház, I. Belgyógyászati Osztály³, Szent János Kórház, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály⁴, Semmelweis Egyetem, II. Belgyógyászati Klinika⁵

Bevezetés: A gyulladásos bélbetegségek műtéti ellátásának megfelelő időzítése, a sebészeti technika kiválasztása, a beteg adekvát pre- és posztoperatív ellátása komplex feladat, melyek mindegyike radikálisan javítja az egyébként nagy szövődémmennyiséggel járó betegek hosszútávú eredményeit. Ezt felismerve a betegek kezelésére avilágonspecialistákból (gastroenterológus, sebész, radiológus, dietetikus) álló teamek alakulnak. **Esetismertetés:** 18 éves férfi beteg fél éves terápia rezisztens colitisulcerosa, 40 kg-os fogyás, napi 20-30 nyákos székürítés után került sebészeti osztályra, ahol az igen rossz tápláltsági állapotban levő betegnél minimál invazív műtetet végeztünk: 3 portból laparoscopus procto-colectomiát, ileo-rectalisanastomosissal. A specimen transrectalisan távolítottuk el. A postoperatív szakban a tehermentesítő ileostomán keresztül napi 4000-5000 híg vékonybél-tartalom ürült, a komplex enterális – parenterális táplálás a sebészeti osztályon sikertelen volt, ezért a beteget táplálásterápiával foglalkozó osztályra helyeztük, ahol az általánosan alkalmazott protokoll alapján dietetikai edukációt, majd iható tápszer kiegészítést alkalmaztunk. Ezt követően testösszetétel mérést végeztünk. Nyilvánvalóvá vált, hogy a tervezett bélegyesítő műtet előtt kiegészítő parenterális táplálást kell alkalmazni. Otthoni parenterális táplálás programjába bevontuk. Kontrolltestösszetétel mérést követően az eredményeket összehasonlítottuk. A testtömeg 11 kg-mal növekedett, úgyhogy a zsírtmentes testtömeg 8,1 kg-ot, a zsírtömeg pedig 2,9 kg-ot nöött. A testtömeg-index (BMI) 17,6 kg/m²-ről 21 kg/m²-re nöött és a zsírtmentes testtömeg-index is már normál tartományban volt, a sarcopenia megszűnt. (FFMI: 14,9 kg/m²-ről 17,3 kg/m²-re nöött, a normál érték >17 kg/m²). A hidratáltság és a fehérjeszint is normalizálódott, az ödéma megszűnt, ezt követően, 4 hónappal a primer műtetet követően zártuk az ileostomát. **Megbeszélés:** fiatal betegek esetén a radikális műtet javallata gyakran később kerül felállításra, illetve a betegtől nehezen szerezhető beleegyezés, ami a műtet kockázatát jelentősen fokozza. Az új laparoscopus technikák alkalmazásával az invasivitás tovább csökkenthető. Esetünkben az időben kezdett szakszerű postoperatív táplálás nélkül a kórlefolyás fatális kimenetelű lett volna.

114

IMPROVED THE COLORECTAL ADENOMA DETECTION RATE WITH LINKED COLOR IMAGING (LCI) TECHNOLOGY AS COMPARED TO WHITE LIGHT HIGH DEFINITION COLONOSCOPY: FINAL RESULTS OF A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Madácsy L.¹, Szalai M.¹, Oczella L.¹, Dubravcsik Z.², Szepes A.², ENDO-KAPSZULA ENDOSCOPY UNIT, SZÉKESFEHÉRVÁR¹, BÁC-SKISKUN COUNTY TEACHING HOSPITAL, OMCH ENDOSCOPY UNIT, KECSKEMÉ²

Background: LCI (Linked Color Imaging) is a new endoscopic visualization technique which may increase colorectal adenoma detection rate by the improved endoscopic image enhancement combined with virtual chromoendoscopy. However only limited data available in the literature on the effectiveness in of this new technology. Aim: We aimed to evaluate the effectiveness in the adenoma detection rate of LCI in patients referred to colonoscopy and compared to the results of the white-light colonoscopy technique. **Patients and Methods:** We enrolled outpatients consecutively, between October 2016 and December 2017, who were met the study inclusion criteria. Patients with previous CRC history or incomplete colonoscopy were excluded. All of the colonoscopic procedures were made under deep propofol sedation guided by an anesthesiologist team. Eligible patients were randomly selected to undergo colonoscopy with high-definition white-light colonoscopy (WLC) technology or LCI Eluxeo technology during instrument withdrawal, by Fujinon 7000 processor and with EC590Z, EC760, EC760Z colonoscopes. Each colonoscopic procedure was performed by three expert endoscopists with a minimum 6 minutes withdrawal time. **Results:** A total of 1103 patients were randomized. 525 patients were enrolled in the LCI group and 578 patients into the WLC group. Adenoma detection rate (patients having at least one colorectal adenoma) was significantly higher in the LCI group as compared to the control WLC group: 35.4% vs. 26.1%, respectively ($p < 0.00081$). No significant differences were observed in the patient demographic characteristics, quality of colonoscopy preparation and withdrawal time between the two groups. **Conclusions:** Based on our randomized controlled trial the LCI electronic chromoendoscopic enhancement of the Fujinon Eluxeo colonoscopy system was superior compared to the conventional HD-WLC in detecting of colorectal adenomas. This difference mainly explained by the more sensitive detection of minute colonic adenomas. (Study was supported by ECT grant GINOP 2.1.1.-15- 2015-00128)

115

DYSFUNCTION OF PMCA PUMP CAUSES CA2+ OVERLOAD AND PANCREATIC DUCTAL CELL DAMAGE IN CYSTIC FIBROSIS

Madácsy T.¹, Varga Á.¹, Schmidt A.¹, Pallagi P.², ifj. Rakonczay Z.³, Hegyi P.⁴, Rázga Z.⁵, Kleger A.⁶, Németh I.⁷, Gray M.⁸, Maléth J.⁹, University of Szeged, First Department of Medicine and MTA SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary¹, University of Szeged, Department of Pharmacology, Szeged, Hungary², University of Szeged, Department of Pathophysiology, Szeged, Hungary³, University of Pécs, Institute for Transl. Med. & 1st Dep. of Medicine, Pécs, Hungary and MTA-SZTE Transl. Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary⁴, University of Szeged, Department of Pathology, Szeged, Hungary⁵, Department of Internal Medicine I, University Medical Center Ulm, Ulm, Germany⁶, University of Szeged, Department of Dermatology, Szeged, Hungary⁷, Newcastle University, Institute for Cell and Molecular Biosciences, Newcastle, United Kingdom⁸, University of Szeged, First Department of Medicine and MTA SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary University of Szeged, Department of Public Health, Szeged, Hungary⁹

Introduction: The cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) has a major role in pancreatic ductal secretion and its genetic defects damage the pancreas. It is known that intracellular Ca²⁺ homeostasis is disturbed in bronchial epithelial

cells in cystic fibrosis (CF), but the connection of CFTR and the intracellular Ca²⁺ signaling has never been suggested in pancreatic damage in CF before. Aims: Our aim was to characterize the Ca²⁺ homeostasis of CFTR-deficient PDEC. **Materials&methods:** Wild type (WT) and CFTR knockout (KO) mouse pancreatic ductal (PDEC) and acinar cells (PAC), human CF pancreatic cell line (CFPAC-1) and human pancreatic organoids generated from induced pluripotent stem cells (iPSC) of controls and CF patients were used in the study. Intracellular Ca²⁺ levels, mitochondrial membrane potential ($\Delta\psi_m$) and mitochondrial morphology was assessed using fluorescent probes and transmission electron microscopy, respectively. Immunofluorescent staining and quantitative PCR measurements were performed to detect changes of protein expressions. Protein ligation assay (PLA) was performed to detect contact between proteins. **Results:** The plateau phase of the agonist-induced Ca²⁺ signal was significantly elevated in CFTR KO PDEC caused by decreased function of the plasma membrane Ca²⁺-pump (PMCA). Functional inhibition of CFTR had no effect on the PMCA activity. Whereas native CFPAC-1 cells, CF human organoids and murine PDEC treated with siCFTR showed similarly impaired PMCA activity. On the other hand, different strategies to restore the CFTR expression, such as Sendai virus mediated gene delivery in CFPAC-1, or VX-809 treatment of CF organoids completely restored PMCA function. As a downstream consequence, sustained [Ca²⁺]_i elevation decreased $\Delta\psi_m$ and released cytochrome c in CFTR KO PDEC without significant alteration of mitochondrial morphology. Immunostaining revealed the colocalisation of PMCA4 and CFTR on the apical membrane of polarized, primary PDEC and PLA confirmed the intimate proximity of the proteins. Calmodulin, a possible link among CFTR and other proteins, showed plasma membrane localization in WT PDEC, which was shifted to the cytosol of CFTR KO cells. conclusion: Impaired expression of the CFTR leads to disturbed Ca²⁺ homeostasis and mitochondrial damage in primary PDEC due to the decreased activity of PMCA.

116

OPPOSITE EFFECTS OF YOUNGER AND OLDER AGES ON SEVERITY AND MORTALITY IN ACUTE PANCREATITIS. A META-ANALYSIS BASED ON 191 678 PATIENTS

Márta K.¹, Lazarescu A.², Farkas N.³, Cazacu I.⁴, Ottóffy M.¹, Hegyi P.¹, Institute for Translational Medicine, University of Pécs-Medical School, Hungary¹, Clinic II Pediatrics-County Emergency Clinical Hospital of Timisoara, Timisoara, Romania², Institute of Bioanalysis, University of Pécs-Medical School, Hungary³, Research Center of Gastroenterology and Hepatology, Craiova, Romania⁴

Background: Acute pancreatitis (AP) is one of the most common cause of hospitalisation among gastrointestinal diseases worldwide. Although most of the cases are mild, approximately 10–20% of patients develop a severe course with higher mortality rate. Scoring systems consider age as a risk factor of mortality and severity (BISAP > 60 yrs, JSS > 70 yrs, RANSON > 55 yrs, APACHE II > 45 yrs). If there is a correlation between ageing and the clinical features of AP, how does age influence mortality and severity. In this study we aimed to investigate whether ageing has any effects on severity or mortality in AP. **Methods:** Comprehensive literature searches were conducted using Embase, Cochrane and Pubmed databases. A meta-analysis was performed using the preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P). The searching terms were (age and acute pancreatitis and (clinical trial or cohort)). There were 502 articles found in Embase, 340 in PubMed, and 17 in the Cochrane database. After removing duplications and unsuitable articles altogether 27 articles containing 191678 AP patients, 179 180 for mortality and 21573AP patients for severity were analyzed. Seven subgroups were determined: under 20 yrs (U20), 10 yrs ranges from 20 to 70 yrs and above 70 yrs (A70). **Results:** Concerning the risk for mortality, there was a clear elevation from paediatric to elderly people U20: 0.9% (510/55266; pooled event rate: 0.009 CI: 0.008–0.010), 20–29: 0% (0/1720), 30–39: 1.3% (137/11375), 40–49: 5.4% (76/1411), 50–59: 2.0% (825/41634), 60–

69:8.5%(2153/25452)A70:17.3%(7312/42322;pooled event rate:0.107 CI:-0.026-0.239).This significant elevation was also confirmed by meta-regression (coefficient:0.038 CI:0.017-0.058,p=0.001;adjusted r²:35.41%) and with the conventional regression analysis also(p=0.005,r²:0.906). Concerning severity,there was no sever AP U20,20-29:0%(0/36),30-39:6.7%(5/75),40-49:8.3%(586/7028),50-59:11.3%(1352/11933),60-69:16.6%(390/2344),A70:9.6% (15/157;pooled event rate:0.098CI:-0.054-0.142).This elevation was not confirmed by meta-regression (coefficient:0.021CI:-0.022-0.065,p=0.322;adjusted r²:-3.16%).In case the conventional regression analysis an exponential tendency could be observed(p=0.069,r²:0.778). **Conclusions:** Our meta-analyses shows that younger age(U20) has protective effects in acute pancreatitis,whereas ages about 50 elevates the risk for mortality and severity.

117

AKUT EMÉSZTŐSZERVI VÉRZŐ ELLÁTÁS A SEMMELWEIS EGYETEMEN - AZ ELSŐ ÉV TAPASZTALATAI

Miheller P.¹, Hagymási K.¹, Iliás Á.³, Mihály E.¹, Molnár B.¹, Müllner K.¹, Németh A.¹, Péter Z.¹, Sipos F.¹, Székely H.¹, Takács A.², Wacha J.², Patai Á.¹, Csontos Á.¹, Piri D.¹, Hencz R.¹, Kőműves Z.¹, Kertész E.¹, Kanizsai P.⁴, Hritz L.², Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika¹,Semmelweis Egyetem, I.sz. Sebészeti Klinika²,Semmelweis Egyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika³,Semmelweis Egyetem, Sürgősségi Betegellátó Osztály⁴

A Semmelweis Egyetemen 2017. márciusában indult az akut gasztrointesztinális (vérző) betegek ellátása. Az ügyeleti rendszerben 13 szakorvos és 11 asszisztens vesz részt. A vizsgálatok helyileg a Semmelweis Egyetem Korányi Sürgősségi Központjában zajlanak. Az alábbiakban az első egy éves tapasztalatainkat szeretnénk megosztani. Összesen 141 esetben volt szükség akut vizsgálatra: 121 gasztroszkópia, 20 esetben kolonoszkópia történt. Betegeink átlagéletkora: 62,9±17,1 év volt. Aspirint a betegek 17,7 %-a (25 fő), kumarin származékot a 9,2%-a (13 fő), NOAC-t 5,7%-a (8 fő) szedett. A betegek az SBO-ra átlagosan 29,58±8,6 Htc értékkel kerültek be (min: 11, max: 49), emelkedett (2 feletti) INR értéket 7 %-nál észleltünk (11 fő). Összesen a betegek csaknem harmadának (30,5%; 43 fő) volt szüksége transzfúzióra, átlagosan 2,58 egység vvt masszát kaptak. Betegeink közül számosan szenvedtek kísérő betegségben. Diabetes 19,1% (27 fő), veseelégtelenség 7,8% (11 fő), ISZB 29,8% (42 fő – ebből post AMI: 9 fő, 6,4%), májelégtelenség 11,3% (16 fő) arányban fordult elő. A kórtörténetben peptikus fekély betegsége 5 (3,5%), ismert gyomordaganata 1 (0,7%), nyelőcső varikozitása 6 (4,3%) ismert vastagbél daganata 17 (12,1%) betegnek volt. Az indikációk között a leggyakoribb a vérhányás (24,8%), fele ilyen gyakran pedig melaena (12,1%) illetve vérszékelés (12,8%) volt. Felső GI vérzés esetén a vérzésforrás a betegek negyedénél (25.5) a nyelőcső alsó harmada volt, 9 esetben varix eredetű (6,4%). A vérzések 18,4%, 21%, 19.8%-a származott forrásokból, korpustól illetve az antrumtól. Összesen 4 esetben volt duodenális fekély és egy esetben post-ERCP-s papilláris vérzés, ritkább vérzésforrások összesen 9% arányban fordultak elő. A vastagbélben a leggyakoribb vérzésforrás a korábban már ismert vastagbél daganatok, divertikulumok voltak. Ritkábban posztpolipektómiai vérzéseket illetve angiodiszpláziákat kellett ellátnunk. A vérzésforrás azonosításához 5 esetben kellett CT-angiográfiát igénybe vennünk, 5 esetben volt szükség ismételt endoszkópos beavatkozásra, 9 esetben történt műtét. Erőfeszítéseink ellenére 6 esetben volt fatális a vérzés. A budapesti ellátási rendszer miatt pontos epidemiológiai adat nem számítható, illetve nem áll rendelkezésre adat azokról az esetekről, amikor az endoszkópos ügyletes úgy döntött, hogy nem kell sürgősségi vérzéscsillapítás

118

PRE-EXISTING DIABETES ELEVATES RISK OF RENAL FAILURE AND LOCAL COMPLICATIONS IN ACUTE PANCREATITIS

Mikó A.¹, Farkas N.², Hegyi P.¹, Czákó L.³, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary¹, Institute of Bioanalysis, University of Pécs, Pécs, Hungary², 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary³

Background: Acute pancreatitis (AP) is an inflammatory condition which commonly requires hospitalization and shows increased incidence. The prevalence of diabetes mellitus (DM) has duplicated in the last 35 years. Acute pancreatitis may result in pancreatic exocrine insufficiency and DM, but nowadays the influence of pre-existing DM in AP patients represents a hot research topic. **Aim:** The aim of our meta-analyses is to understand the influence of DM on the outcomes of AP including mortality, length of hospitalization, incidence of organ failures and intensive care unit admission. **Methods:** The meta-analysis was performed using the PRISMA Protocol. PubMed, EMBASE and Cochrane databases were searched, articles with AP patients including DM and non-DM groups were included, and complications, length of hospitalization (LOH), intensive care unit (ICU) admission and mortality were analyzed. The odds ratio (OR) and standardized mean difference (SMD) with 95% confidence intervals (CI) were calculated with Comprehensive Meta-Analysis software. **Results:** 1417 articles were found, of which 9 articles involving 354 880 patients were analyzed. More systemic complications were seen in diabetic patients, than in non-DM patients (OR=1.553 [CI:1.266–1.904], p<0.001). ICU admission (OR=1.799 [CI:1.442–2.243], p<0.001) and renal failure (OR=1.585 [CI:1.278–1.966], p<0.001) were more frequent in DM patients than in non-DM patients. There was a tendency of higher mortality and local complications (OR=1.276 [CI: 0.991–1.643], p=0.059; and OR=1.267 [CI:0.964–1.659], p=0.090, respectively) in the pre-existing DM group. LOH was longer in DM patients than in non-DM patients (SMD=0.217 [CI:0.075–0.360], p=0.003). **Conclusions:** Pre-existing DM negatively influences the outcome of AP and increases the risk of renal failure, ICU admission, local complications and mortality. More attention is necessary for AP patients with pre-existing DM.

119

GOULASH PLUS: UNDERSTANDING THE DEVELOPMENT OF CHRONIC PANCREATITIS – TRANSLATIONAL RESEARCH

Mikó A.¹, Farkas N.², Erőss B.¹, Sarlós P.³, Márta K.¹, Papp M.⁴, Izbéki F.⁵, Czákó L.⁶, Novák J.⁷, Hegyi P.¹, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary¹, Institute of Bioanalysis, University of Pécs, Pécs, Hungary², Division of Gastroenterology, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁴, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary⁵, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary⁶, Pándy Kálmán Hospital of Békés County, Gyula, Hungary⁷

Background: Acute pancreatitis (AP) is an inflammatory condition, which can lead to late consequences. In 20 % of patients recurrent AP (RAP) develops and in 7 % chronic pancreatitis (CP) will occur. However, we do not have sufficient information to establish an evidence based statement to define early CP, or how to prevent its development. **Aim:** The aim of the GOULASH-PLUS study is to understand the influencing factors and to determine, which parameters should be measured to detect the early phase of CP. **Methods:** This is an observational prospective follow-up study of the GOULASH-trial (ISRCTN 63827758). Patients' selection: individuals enrolled in the GOULASH study will be approached and asked to join this longitudinal study. Participants will be followed up at 1-2-3-4 and 5 years after the episode of AP. Anamnestic data will be collected by the following questionnaires: i) FFQ ii) SF-36 iii) physical activity questionnaire iv) stress questionnaire. Genetic tests will be performed for the genes already known to be associated with CP. The exocrine and endocrine pancreatic, liver and kidney functions will be determined by several laboratory tests, stool sample analyses and imaging. Blood and stool samples will be stored in the biobank for later measurements. Cost effectiveness will be analyzed to examine

the relationship between events of interest and health related quality of life, or to explore subgroup differences. This study will provide information about the risk factors and influencing factors and measurable parameters of CP.

120

ALTERED LEVEL OF CONSCIOUSNESS DETERIORATES THE SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS

Mikó A.¹, Vincze Á.², Izbéki F.³, Gervain J.³, Gódi S.², Illés A.², Sarlós P.², Farkas N.⁴, Illés D.⁵, Varjú P.¹, Márta K.¹, Török I.⁶, Vitális Z.⁷, Bod B.⁸, Hegyi P.¹, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary¹, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary², Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary³, Institute of Bioanalysis, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary⁵, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania⁶, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁷, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary⁸

Background: Acute pancreatitis (AP) is an inflammatory disease often requiring hospitalization. In the moderate and severe form of the disease organ failure and altered level of consciousness (ALC) may develop, which is often alcohol related (AR-ALC). However, the influence of ALC on the outcome of AP has not been examined yet. **Aim:** We aimed to investigate the influence of ALC and AR-ALC on the outcomes such as severity, mortality and length of hospitalization (LOH) of AP. **Methods:** Out of the 1449 subjects in the Hungarian Pancreatic Study Groups' AP register 1220 contained the exact data on ALC. Patients were separated to non-ALC and ALC, whereas ALC was further separated to non-alcohol related ALC (NAR-ALC) and AR-ALC groups. Statistical analysis was performed by SPSS 24 Software Package, Chi-Square, Mann-Whitney, One-Way-ANOVA and Kruskal-Wallis tests were used. **Results:** From the 1220 patients 47 (3.85%) developed ALC from that 23 (48.9%) cases were AR-ALC, whereas 24 (51.1%) cases NAR-ALC. ALC showed significantly higher incidence in men than in women (70.2% vs 29.8%, $p=0.045$). Age was significantly higher in the ALC vs non-ALC group (62.19 ± 18.69 vs 56.52 ± 16.97 , $p=0.025$). The incidence of severe AP was significantly higher in the ALC compared to non-ALC group (19.15% vs 5.29%, $p<0.001$). The mortality was significantly higher in the ALC vs non-ALC group (14.89% vs 1.71%, $p<0.001$). LOH was significantly longer in ALC vs non-ALC group (Me: 11; IQR: 8-17 days vs Me: 9; IQR: 6-13 days, $p=0.049$). AR-ALC showed significant correlation with the gender, it developed more frequent in men than women (91.30% vs 8.70%, $p=0.002$), while in NAR-ALC no difference was seen between the genders. Patients with NAR-ALC were older than patients with AR-ALC (70.5 ± 18.38 vs 53.52 ± 14.95 years, $p=0.002$). Patients with AR-ALC developed more frequently moderate severe AP vs NAR-ALC (43.48% vs 12.5%), while the incidence of severe AP was significantly higher in NAR-ALC vs AR-ALC group (33.33% vs 4.35%) ($p<0.001$). Concerning the LOH, patients with NAR-ALC shows a tendency for longer hospitalization (Me: 13; IQR: 7-20 days vs Me: 9.5; IQR: 8-15.5 days, $p=0.119$). **Conclusion:** ALC during AP elevates the risk of moderate and severe AP and enhances the risk of mortality, therefore ALC should be avoided during hospitalization due to AP.

121

DO ANY BODY COMPOSITION OR BLOOD PARAMETER CORRELATE WITH 6-THIOGUANIN LEVEL IN IBD PATIENTS TREATED WITH AZATHIOPRINE?

Milassin Á.¹, Szántó K.¹, Fábrián A.¹, Bor R.¹, Farkas K.¹, Bálint A.¹, Rutka M.¹, Földesi I.², Szijártó A.³, Mezei Z.⁴, Bubán T.⁶, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Molnár T.¹, Palatka K.⁵, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged¹, Institute of Laboratory Medicine, University of Szeged², Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged³, Department of Laboratory Medi-

cine, University of Debrecen⁴, 2nd Department of Internal Medicine, University of Debrecen⁵, Department of Internal Medicine, University of Debrecen⁶

Background: Thiopurines are the most commonly used immunosuppressive therapies in mild-to-moderate inflammatory bowel disease. Azathioprine (AZA) is a prodrug, metabolized in 6-thioguanine (6-TG), which has therapeutic effect and 6- methylmercaptopurine (6-MMP), which causes toxic side effects. Dosage of thiopurines should start gradually, later based on current recommendations dosage has to be 2-2.5 mg/kg. The effect of body composition on 6-TG level was never been studied. **Our aim** was to evaluate thiopurine blood level's connection with weight, body surface area, different body composition parameters, activity indices and routine laboratory parameters. **Methods:** This was a cross-sectional study. Thiopurine metabolite blood level was measured with high performance liquid chromatography (HPLC) and body composition analysis was performed with bioelectrical impedance analysis. **Results:** 64 IBD patients were enrolled (21 Ulcerative Colitis, 43 Crohn's Disease), mean immunosuppressive therapy was 6.3 years, mean disease duration was 11.5 years. Concomitant therapy was given in 49 cases (76.5%): 5-ASA (6.25%), steroid (4.6%), cyclosporine (1.5%), biological therapy (43.75%), steroid plus 5-ASA (12.5%), steroid plus anti-TNF agents (7.8%) and 5-ASA plus anti TNF therapy (1.5%). Therapeutic concentration of 6-TG (235-450 pmol/8x10⁸ erythrocytes) was found in 50 patients (78%), they received AZA for a mean 5.9 years. Fourteen patients (21.8%) have lower blood 6-TG level, they received AZA for an average of 7.5 years. The level of AZA metabolite 6-TG correlated with body weight-based AZA doses ($r=0.301$, $p=0.017$) however it did not correlate with body surface area- based AZA doses ($r=0.222$, $p=0.081$) and with body fat mass, while negative correlation was found with the investigated body composition parameters (total body water, intra-, extracellular water, skeletal muscle mass) and with red blood cell number. No significant difference was found in mean CDAI and pMayo scores in the therapeutic and subtherapeutic 6-TG level subgroups. **Conclusion:** Our study revealed that body composition parameters correlated with active AZA metabolite blood level, except the body fat mass. According to our results, there is no need to modify the current, well-tried dosing scheme of AZA.

122

INTERIM ANALYSIS OF THE POST-MARKETING OBSERVATIONAL STUDY ON EVALUATION THE EFFECT OF ADALIMUMAB TREATMENT WITH ABBVIE'S PATIENT SUPPORT PROGRAM ON PATIENT REPORTED OUTCOMES AND HEALTH RESOURCE UTILIZATION IN INFLAMMATORY ARTHRITIS, PSORIASIS AND INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN HUNGARY (VALUE)

Molnár T.¹, Palatka K.², Kemény L.³, Gyulai R.⁴, Keszthelyi P.⁵, Pálkás L.⁶, Nagy O.⁶, Rojkovich B.⁷, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Hungary¹, 2nd Department of Internal Medicine of University of Debrecen, Hungary², Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged, Hungary³, Department of Dermatology, Venereology and Oncodermatology, University of Pécs, Hungary⁴, Pándy Kálmán Hospital, Gyula, Hungary⁵, Abbvie Kft, Budapest, Hungary⁶, Buda Hospital of the Hospitaller Order of Saint John of God, Hungary⁷

Background and Objectives: The purpose of AbbVie Care (AC) patient support program is to provide additional information and education for patients on adalimumab therapy in order to help them achieve better outcomes. In Hungary, local data on the impact of AC on patient outcomes is lacking. The VALUE study aims to evaluate the effect of adalimumab plus AC in patients with rheumatoid arthritis (RA), ankylosing spondylitis (AS), psoriatic arthritis (PsA), psoriasis (Ps), Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC) in Hungary. **Methods:** VALUE is an ongoing, prospective, multi-center, non-comparative observational study conducted in selected Hungarian biologic therapy centers. Adult active RA, AS, PsA, Ps, CD or UC patients prescribed adalimumab

as per standard clinical practice and willing to join AC were enrolled and followed up to 12 months. Data on health status assessed through SF36 Health Survey, Version 2.0 (as primary endpoint), disease activity and patient reported outcome measures were collected. Healthcare resource utilization (HRU) during follow up period was compared with the estimated HRU in the 12 month pre-study period using retrospectively collected data. Descriptive data are presented. **Results:** Out of 429 patients enrolled, descriptive data of the first 100 completers (RA n=16, AS n=23, PsA n=15, CD n=19, UC n=7 and Ps n=20) are presented. Mean SF-36v2 physical component score increased by 8.34 (± 10.98) to study end (n=92), exceeding the minimal clinically important difference value. In RA and PsA patients with peripheral symptoms (n=31) the mean DAS28 decreased from 5.5 (± 0.96) to 2.4 (± 0.99). In AS and PsA patients with axial symptoms (n=19) the mean ASDAS decreased from 5.1 (± 6.19) to 2.2 (± 1.28). In CD (n=19), the CDAI score decreased from 254.2 (± 127.79) to 71.7 (± 52.81); in UC (n=7) the pMayo score decreased from 4.0 (± 2.71) to 1.4 (± 1.81). In Ps (n=20) the PASI score decreased from 15.3 (± 8.67) to 1.4 (± 2.23). The mean EuroQoL five-dimension score (0-100 mm visual analog scale) increased from 56.18 (± 22.67 , n=99) to 74.57 (± 20.65 , n=98). The average number of hospital admissions and hospital inpatient days during follow up decreased by 82.4% and 90.5% respectively, compared to 12 months period prior to enrollment. **Conclusion:** This interim analysis shows improvement in general health status, disease activity and health-related quality of life, and decreased HRU. Results should be confirmed by the full database analysis.

123

PANCREATIC DUCTAL ORGANOID CULTURES ARE SUITABLE MODEL TO STUDY PANCREATIC DUCTAL ION SECRETION

Molnár R.¹, Molnár B.¹, Fanczal J.¹, Madácsy T.¹, Rakonczay Z.², Hegyi P.³, Maléth J.¹, University of Szeged, First Department of Medicine, MTA-SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group¹, University of Szeged, Department of Pathophysiology², University of Pécs, Department of Translational Medicine/1st Department of Medicine.³

Introduction: The study of human pancreatic secretory processes is great challenge due to limited access to human pancreatic ductal cells. Novel three-dimensional pancreatic organoid cultures (OC) may help to overcome this limitation, however the ion secretory processes in pancreatic OC are not known. Aim: Characterization of the ion transport processes in the apical and basolateral membrane in mouse pancreatic OCs. **Methods:** Mouse pancreatic ductal fragments were isolated by enzymatic digestion, and were grown in Matrigel on 37°C for one week in OC media. Changes in intracellular pH were measured to characterize the ion transporter activities in OC. **Results:** Basolateral administration of 20mM NH₄Cl in standard HEPES or CO₂/HCO₃⁻ buffered solution resulted intracellular alkalization, followed by a recovery phase. Removal of NH₄Cl induced acidification, followed by regeneration to the resting pH levels. The regeneration phase was inhibited by the removal of extracellular Na⁺. Administration of 10μM CFTRinh172 decreased the regeneration from the alkali load. Basolateral administration of 20mM Amiloride+20mM H₂DIDS, 20mM H₂DIDS, 10μM S0859, 10μM EIPA, or 20mM H₂DIDS+10μM EIPA decreased intracellular pH, suggesting the activity of Na⁺/H⁺ exchanger and Na⁺/HCO₃⁻ cotransporter on the basolateral membrane. The replacement of extracellular Cl⁻ to NO₃⁻ increased the intracellular Cl⁻ due to the activity of the apical CFTR, which was decreased by 10μM CFTRinh172. **Summary:** The ion transport activities in mouse OC are similar to those observed in freshly isolated primary tissue. This suggest that OC may be suitable to study human ductal epithelial ion transport.

124

CHARACTERISTICS AND USE OF BIOLOGICAL THERAPY OF ULCERATIVE COLITIS PATIENTS BETWEEN 2010-2016 IN HUNGARY

Molnár T.¹, Farkas K.¹, Milassin Á.¹, Szántó K.¹, Takács P.², Gimesi-Ország J.², Kunovszki P.², Szamosi T.³, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged¹, Jansen-Cilag KFT², Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest³

Study desing: Retrospective data analysis using the National Health Insurance Fund social security databases including inpatient-, outpatient care, medicaments as well as the special drug reimbursement database of patients with the diagnosis of ulcerative colitis from 2012 to 2016. This is an observational/non-interventional, retrospective, epidemiological study. **Study population:** All of adult – over 18 years of age – ulcerative colitis patients between 2010 and 2016. Eligibility criteria: Patients who have at least two events in all of relevant health care services or at least 1 inpatient event only with UC diagnosis (ICD codes: K51) K50 (CD) and K51 (UC) occurrence together: 80:20 distribution ratio. **Primary endpoint:** Analyze patient characteristics and treatment patterns of UC patients in Hungary. Results: The number of all UC patients between 2010-2016 was 37.795. Zero point twenty-four% of total Hungarian population suffered from UC in 2016. This is more than 23.000 patients. The annual incidence of UC varies from 15.1 to 29.5 with a declining tendency. The female/male ratio is 55/45%. The median age of the patients with UC is 51 (male 49, female 53) in the examined period. One thousand and ninety-five patients (2.89%) were treated with biological therapy between 2010-2016, while 2.1% of total UC population was treated by anti-TNF alpha therapy in 2016. This is more than 490 patients. The prevalence was 1.2% for ADA and 1.1% for IFX in the total UC population. The usual onset of biological therapy is between 20 and 39 years, the average age is 37 years. This is 16 years less than the average age of total UC population. The median age of these patients were 35 years (male: 36, female 34). **Summary:** Both the prevalence and incidence of UC are high in Hungary. Two point eighty-nine% of the UC population was treated with biological therapy in the examined period. The patients receiving biological therapy are typically from the younger part of the total UC population. The average and the median age of patients on biological are higher in men than in women.

125

THE WAY FROM ABDOMINAL PAIN TO PEDIATRIC PANCREATITIS - THE PINEAPPLE STUDY

Mosztbacher D.¹, Párnitzky A.², Tóth A.³, Illa V.⁴, Abu-el Haija M.⁵, Szabó F.⁶, Tokodi I.⁷, Fehér B.⁸, Bakó K.⁸, Kadenczki O.⁸, Guthy I.⁹, Cazacu I.¹⁰, Kaán K.¹, Horváth E.¹, Juhász M.¹, Semmelweis University, Faculty of Medicine, 1st Department of Pediatrics, Budapest, Hungary¹, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary², University of Szeged, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, Szeged, Hungary³, Dr. Kenessey Albert Hospital, Department of Pediatrics, Balassagyarmat, Hungary⁴, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Cincinnati, Ohio, USA⁵, Children's Hospital of Richmond at VCU, Richmond, Virginia, USA⁶, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Department of Pediatrics, Székesfehérvár, Hungary⁷, University of Debrecen, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Debrecen, Hungary⁸, Jósa András Teaching Hospital of County Szabolcs-Szatmár-Bereg, Department of Pediatrics, Nyíregyháza, Hungary⁹, University of Medicine and Pharmacy Craiova, Romania¹⁰

Objectives and study: The documented incidence of pediatric pancreatitis (PP) is low, but it shows a rising pattern from Eastern to Western Europe and the USA. The cause of this phenomenon is not clear, but based on a single center study the amylase and lipase measurements correlate with the incidence of the disease. **Aim:** The aim of the PINEAPPLE study is to investigate the current diagnostic practice for PP and to estimate the occurrence of pancreatitis among children suffering from abdominal pain worldwide. Furthermore we would like to develop an EBM guideline to establish a scoring system in order to evaluate the necessity of diagnostic steps for PP in children with abdominal pain. **Methods:** PI-

NEAPPLE is a registered (ISRCTN35618458), observational, multinational clinical trial and the prestudy protocol is published (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26641250>). The PINEAPPLE-R is a retrospective review of ER medical records of children and adults. The PINEAPPLE-P is a prospective study in which serum pancreatic enzyme measurement (sPEM) and abdominal imaging are performed in every children with abdominal pain. Until now we have reviewed 35277 patient records for the PINEAPPLE-R and 496 patients into the PINEAPPLE-P from 13 pediatric centers from 3 countries. **Results:** PINEAPPLE-R: 9,7% (2775/28707) of the children appeared at ER unit had abdominal pain. In case of abdominal pain sPEM was performed in 14% whereas 32% of the patients had transabdominal ultrasonography. In our cohort the number of sPEM decreases from the USA (21.6%) to Eastern Europe (13% in Hungary and 0.6% in Romania) and it correlates ($r=0.97$) with the incidence of PP (8/2775). PINEAPPLE-P: 8 pancreatitis from 496 patients with abdominal pain were diagnosed. Positive family history and upper abdominal pain were characteristic for PP but fever and forced posture were not typical. **Conclusion:** The PINEAPPLE-R shows that the incidence of PP is 0,3% based on the current diagnostic practice. Better awareness of PP results 2,3% incidence of PP as a reason of abdominal pain. These data strongly suggest that the majority (95%) of acute pancreatitis is not diagnosed in children.

126

ADIPONUTRIN (PNPLA3) RS738409 GENOTYPE AND METABOLIC FACTORS INFLUENCE THE DEGREE OF LIVER FAT DEPOSITION AND DEVELOPMENT OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE (NAFLD)

Nádasdi Á.¹, Gál V.², Somogyi A.¹, Firmeisz G.³, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Brain Imaging Centre, Research Centre for Natural Sciences, Hungarian Academy of Sciences, Budapest², MTA-SE Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences - Semmelweis University, Budapest, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest³

Background / aims: NAFLD and T2DM are prevalent and associated to each other and to obesity, dyslipidaemia, insulin resistance. The PNPLA3 rs738409 G/G genotype is a risk factor for NAFLD development and progression. We measured the intrahepatic (IHCL) and intrapancreatic lipid contents (IPCL) quantitatively to assess correlations with metabolic parameters according to PNPLA3 genotypes in a female population. **Subjects / methods:** IHCL and IPCL was measured with 1HMR and Chemical Shift Imaging in 34 non-pregnant mothers (mean: age= 37yrs, BMI= 26,3kg/m²) with known PNPLA3 rs738409 genotypes (C/C vs. G/G), pregnancy history (pGDM vs. pNGT) from our prior GDM genetic study. 75g OGTT (0'-30'-120'), plasma glucose (PG), insulin, HbA1C levels liver-tests were assessed. Serum DPP4 activity (sDPP4) was measured in an enzyme-kinetic-assay using Gly-Pro-pNA as substrate. Prior GDM (pGDM/pNGT n=19/15), PNPLA3 rs738409 genotypes (C/C, G/G n=23, 11), OGTT results (IFG+IGT+DM/NGT n=8/26) and presence of NAFLD (IHCL> 5.5%, n=9) were recorded. **Statistics:** T, MWU / Pearson, SRO correlation test and multiple regression. **Results:** Women with G/G genotype (vs. C/C) had higher IHCL (median=10.1 vs. 3.4%, $p=0.01$, especially in the pGDM group: pGDM/pNGT $p=0.015/0.273$). Higher 120'PG (mean=7.1 vs. 5.7mmol/l, $p=0.041$) levels were detected in the pGDM (vs pNGT) group. In the NAFLD group (vs. non-NAFLD) the 30'/120'PG (mean=10.1 vs. 7.5 / 8.1 vs. 5.8 mmol/l, $p=2*10^{-5}/0.002$) levels were increased. The correlations were different among HOMA2-IR, IHCL and BMI according to PNPLA3 genotypes. Correlations between IHCL and 120' PG and BMI&IHCL, IHCL&Uric acid, IHCL&TG and IHCL&IPCL were modified significantly by the genotype. SeDPP4 activity correlated with liver tests (DPP4 vs. ASAT, ALAT, γ GT: $p=0.024, 0.075, 0.043$, $r=0.41, 0.32, 0.36$, respectively). **Conclusion:** The effect of PNPLA3 genotype on lipid deposition was influenced by the history of metabolic disease (pGDM). Although an increased HOMA-IR and abnormal OGTT were associated with NAFLD, the track of correlations between the IHCL and metabolic parameters were

significantly modified by the PNPLA3 rs738409 genotype. The rs738409 gene variant influences the metabolic activity that corresponds to a given degree of hepatic fat accumulation. **Funding:** EFSD-NH grant

127

INCREASED CIRCULATING CELL-FREE TUMOUR DERIVED DNA ENHANCES TUMOUR GROWTH IN C57BL/6-C38 MOUSE MODEL

Nagy Z.¹, Barták B.¹, Schöller A.¹, Valcz G.², Kalmár A.², Zsigrai S.¹, Wichmann B.², Galamb O.², Szigeti K.¹, Igaz P.², Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary²

Background: Circulating cell-free DNA level is increased in malignant diseases especially in late stages. **Aim:** Our aims were to increase the circulating cell-free tumour DNA in the bloodstream of animals and to investigate the effect of healthy and tumour DNA to C38 colon adenocarcinoma growth in mouse tumour model. **Methods:** C57BL/6 mice with implanted C38 mouse colorectal adenocarcinoma were used. To assess the infiltration rate of cell-free DNA (cfDNA) 3000bp DNA fragments were injected into healthy and C57BL/6-C38 mice strain. The amplicons in the bloodstream were measured with 19 PCR assays. In parallel, mice were injected subcutaneously over 4 weeks on every 2nd days with 300 μ l 1x PBS (CNTRL), with 10 μ g/animal of healthy spleen-derived (sd) DNA before C38 implantation (pN DNA), at the time of C38 implantation (N DNA) and with 10 μ g/animal DNA isolated from C38 animal tumour (T DNA). MRI-assessed and caliper-measured tumour volumetry were conducted and immunohistochemistry was performed. **Results:** Injected cfDNA could be detected from peripheral blood. It was found that in healthy animals the cfDNA disappears from plasma after 6 hours however, the degradation rate slowed down in C57BL/6-C38 animals. More intensive C38 tumour growth and higher colonic epithelial proliferation rate were detected in T DNA treated animals compared to pN DNA and N DNA animal groups. A thinner layer of lamina propria was detected in mucosa in pN DNA and N DNA treated animals compared to C38 tumour-derived DNA treated animals. **Conclusion:** A higher level of artificially increased tumour derived circulating plasma DNA has a promoting effect to C38 tumour growing in mice. Injected cell-free DNA showed longer presence in malignant plasma and its degradation was slower compared to healthy ones.

128

INTRAOPERATÍV ERCP (IO-ERCP)

Nagyné B. N.¹, Molnár T.¹, Varga R.¹, Tóth A.¹, Kissné S. E.¹, Maksa M.¹, Keserű A.¹, Szász V. E.¹, Székely I.¹, Székely A.¹, Fejes R.¹, Izbéki F.¹, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház I. Belgyógyászat Gasztroenterológia Endoszkópos Laboratórium Székesfehérvár¹

Az intraoperatív endoszkópos retrográd cholangio-pancreatocystography (IO-ERCP) egy olyan endoszkópos módszer, melyet laparoszkópos cholecystectomy során, azzal kombinálva végzünk. Ez a módszer azon betegeink esetén jön szóba, akiknél hasi UH vizsgálat, vagy EUS vizsgálat epeúti követ igazolt, ill. a klinikai kép alapján a choledocholithiasis gyanúja igen magas, viszont az ERCP a műtét előtt anatómiai eltérés, vagy egyéb problémák miatt nem volt kivitelezhető. A vizsgálat célja hogy egy lépésben történjen meg a cholecystectomy, valamint papillotomiát követően epeúti drainage biztosítása, illetve lehetőség szerint a choledochus köveinek eltávolítása choledochotomia nélkül. Az eljárás során a sebész bevezeti a steril vezetődrótot a trokaron keresztül a hasüregbe, majd a ductus cysticuson keresztül az epeutakba, végül a Vater papillán keresztül kitolja a duodenumba. A vezetődrótot biopsziás fogóval megragadva, behúzzuk az endoszkóp munkacsatmájába, majd a szelepszapkán keresztül kihúzzuk azt. A kivezetett vezetődrótra, mint tengelyre rátoljuk a papillotomot, melyet óvatosan visszahúzzuk az endoszkóp munkacsatmáján

keresztül a Vater papillába és sphincterotomiát végzünk. Ezt követően már lehetőség nyílik az epeút stentelésére. A későbbi ERCP során - az elvégzett EST után - már biztosított az epeútba való bejutás. Ez a kiegészítő eljárás nagymértékben megkönnyíti az epevezeték kanulálását, a komplett EST elvégzését, valamint a choledochus kövek eltávolítását, illetve ha szükséges, plastik stent ismételt behelyezését. Fontos megjegyezni, hogy ezen betegek esetében egy esetben sem alakult ki post ERCP-s pancreatitis. Az IO-ERCP biztonságos és hatékony módszer - a korábbi sikertelen ERCP-s kísérletet követően - az EST elvégzésére, amely alacsony kockázattal jár. A későbbiekben lehetőséget nyújt komplett ERCP és az esetleges szükségessé váló egyéb epeúti beavatkozások kivitelezésére. Ez a technika nem hosszabbítja meg a poszt-operatív kórházi kezelést, és biztonságosan alkalmazható.

129

NOVEL CHYMOTRYPSIN C (CTRC) VARIANT C.173C>T (P.T58M) IN A CASE OF LATE ONSET RECURRENT ACUTE PANCREATITIS

Németh B.¹, Takács T.¹, Hegyi P.², Sahin-Tóth M.³, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary², Boston University Medical Campus, Boston, MA, USA³

Introduction: Chymotrypsin C (CTRC) is a digestive enzyme produced by the pancreatic acini. Active CTRC inhibits early, intrapancreatic activation of trypsinogen and protects against the development of pancreatitis. Loss of function mutations that reduce secretion or impair catalytic activity of CTRC are associated with chronic pancreatitis. Some mutations of the CTRC gene induce endoplasmic reticulum (ER) stress that is a trypsin-independent pathway leading to pancreatitis. The Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG) recruits patients with acute and chronic pancreatitis. Genetic testing of a patient with late-onset recurrent acute pancreatitis revealed a novel missense variant p.T58M in the CTRC gene. **Aims:** We aimed to study the clinical and biochemical characteristics of the novel p.T58M variant in the CTRC gene. **Methods:** Sanger sequencing was performed using genomic DNA sample of patients with pancreatitis after informed consent form was signed. Genotype-phenotype associations were analyzed in case of the selected CTRC p.T58M mutation-carrier patient. Chymotrypsinogen C was expressed recombinantly, and its biochemical characteristics were studied using enzymatic assays and SDS-PAGE. Secretion of the novel variant was studied in transiently transfected HEK293T cells. **Results:** The CTRC c.173C>T (p.T58M) mutation was identified in the heterozygous state in a 49 year old male patient with 5 episodes of acute pancreatitis. Except for smoking no other environmental or genetic risk factors predisposing to pancreatitis were identified in his history. No other family member was affected. We found that catalytic efficiency of the novel variant on a small peptide substrate was 2 times higher than the wild type CTRC. However, the mutant enzyme cleaved large substrates (trypsinogen and β -casein) somewhat slower compared to the wild type enzyme. CTRC p.T58M did not significantly change the rate of autoactivation and N-terminal processing of trypsinogen and had no effect on secretion from transfected HEK293T cells compared to the wild type CTRC. **Conclusions:** The novel p.T58M mutation of the CTRC gene did not change the biochemical characteristics or cellular secretion of chymotrypsin C. Therefore, it is unlikely that the p.T58M mutation has a significant role in the development of pancreatitis.

130

FIZIKAI PREHABILITÁCIÓ HATÁSA AZ ASSOCIATING LIVER PARTITION AND PORTAL VEIN LIGATION FOR STAGED HEPATECTOMY-T (ALPPS) KÖVETŐ MÁJREGENERÁCIÓT JELLEMZŐ MITOCHONDRÁLIS FUNKCIÓRA

Németh K.¹, Federics V.¹, Czibere G.¹, Anker P.¹, Keczer B.¹, Benicsics M.¹, Budai A.¹, Fülöp A.¹, Szijártó A.¹, Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹

Háttér: A fizikai rehabilitáció alkalmas módszer lehet a műtét szövődmények csökkentésére, és a páciensek életminőségének javítására. A primer és sekunder májdaganatok kezelésének egy új, kuratív lehetősége az ALPPS technika, mellyel nagymértékű hypertrophia érhető el a regenerálódó májleányban, ezzel csökkentve a post-hepatectomiás májelégtelenség kockázatát. Ugyanakkor a beavatkozást követő mortalitás és morbiditás rendkívül magas, melynek hátterében eddigi kutatások alapján a májsejtekben fellépő energiaháztartási-zavar áll. Ezek alapján, a mitochontriális funkciót növelő, így az energiaháztartást stabilizáló eljárások kidolgozása szükséges. Ennek egyik módszere lehet a fizikai rehabilitáció. **Célkitűzés:** A preoperatív testmozgás alkalmazhatóságának vizsgálata mitochontriális funkció javítására ALPPS esetén. **Módszerek:** A vizsgálatainkat him, Wistar patkányokon (n=60) végeztük. Az állatok egy része (Ex) 6 héten át, heti 5-ször, 1 órát futott futópádon 16-18m/min sebességgel, a kontroll csoport nem részesült testedzésben. Majd mindkét csoport egyedei ALPPS-en estek át. Az állatokat műtét előtt (0. óra) és az követő 24., 48., 72. és 168. órában termináltuk; a májat eltávolítottuk, tömegét leányként megmértük, majd meghatároztuk a regenerációs rátát. A nyert szövetmintákból immunhisztokémia segítségével Ki-67 indexet határoztunk meg, valamint izolált mitochondriumokon oxigénfogyasztási és enzimkapcsolt reakcióval ATP termelési vizsgálatot végeztünk, továbbá P/O hányadost számoltunk. **Eredmények:** A számított regenerációs ráta, az Ex csoport esetén a műtétet követő 48. órától kezdve meghaladta a kontroll csoport értékeit (p<0,001). A műtétet követő 24. illetve 168. órában az Ex csoportban mért ATP termelés, az I. és II. légzési komplex esetén is, szignifikánsan meghaladta a kontroll csoportban mértet (p<0,01). A mitochontriális O2 fogyasztásban szignifikáns különbség nem volt kimutatható a két állatcsoport között. Az adatok alapján a P/O hányados az Ex csoportban magasabb.

Következtetés: Eredményeink alapján elmondható, hogy a rendszeres fizikai aktivitás növeli a májsejtek mitochontriális funkcionális kapacitását, amely stabilizálja a májszövet energetikai egyensúlyát ALPPS-t követően, ezzel feltételezhetően csökkentve a műtétet követő mortalitást és morbiditást.

131

HUMAN PANCREATIC DUCTAL ORGANOID AS A NEW MODEL IN PANCREAS PHYSIOLOGY

Németh M.¹, Katona X.¹, Varga Á.¹, Madácsy T.¹, Molnár R.¹, Takács T.², ifj. Farkas G.³, Maléth J.⁴, University of Szeged, First Department of Medicine and MTA SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary¹, University of Szeged, First Department of Medicine², University of Szeged, Department of Surgery, Szeged, Hungary³, University of Szeged, First Department of Medicine and MTA SZTE Momentum Epithel Cell Signalling and Secretion Research Group and University of Szeged, Department of Public Health, Szeged, Hungary⁴

Introduction: Fluid and bicarbonate secretion of the pancreatic ductal epithelial cells play a key role in pancreas physiology. The characterization of transporters and mechanism were mainly focused on animal models due to the difficulty of obtaining and culturing primary human pancreatic cells. A recently developed model based on 3D organoid cell cultures (OC) mimic tissue specific properties in vitro and may overcome the previous difficulties and lead to a better understanding of human pancreatic physiology. **Aim:** Our aim was to characterize the ion transport mechanisms in primary human pancreatic ductal OCs. **Methods:** Human pancreatic ductal cells were obtained by brush cytology during endoscopic retrograde cholangiopancreatography and by cadaver donor operations. Cells were grown in Matrigel on 37°C in OC media. OCs were passaged after one week and used for fluorescent measurements 4 days after passage. Differentiated organoids were placed into differentiation media (DM) 5 days after passage then were given 4 days in DM before measurements. Changes of the intracellular pH was measured with BCECF-AM. **Results:** Addition of Na⁺-free CO₂/HCO₃⁻ solution caused a rapid drop in the intracellular pH (pHi) of the epithelial cells. Readition of Na⁺ to the extracellular solution resulted in an elevation

of the pHi suggesting the activity of the basolateral Na⁺ dependent transporters (Na⁺/H⁺ exchanger, NHE; and Na⁺/HCO₃⁻ cotransporter, NBC). The NBC inhibitor 10 μM S0859, or 200 μM H2DIDS significantly decreased the response for Na⁺. The NBC activity was significantly higher in differentiated versus non-differentiated human pancreatic OCs. **Conclusions:** Human pancreatic OCs show Na⁺ dependent basolateral ion transport activity, at least partially mediated by NBC. The NBC activity increases upon organoid differentiation. OCs seem to be excellent model for studying human pancreatic secretory processes.

132

FIRST HUNGARIAN RESULTS WITH LUMEN APPOSING STENTING (HOT AXIOS) IN PATIENTS WITH WALLED-OFF PANCREATIC NECROSIS – CASE SERIES

Novák P.¹, Dubravcsik Z.¹, Madácsy L.¹, Szepes A.¹, Departement of Gastroenterology and Endoscopy Center of OMCH Hungary Ltd, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét¹

Introduction: Walled-off pancreatic necrosis (WOPN) occurs in 10-15% of severe acute pancreatitis cases. Recent guidelines suggest endoscopic drainage procedures in symptomatic patients (pts). Transmural cystoenterostomy with multiple plastic stents is often difficult and time-consuming. The novel lumen apposing metal stents simplify the procedure but evidence based data are still missing. We report our first experiences with the Hot Axios stents (Boston Scientific, USA) in WOPN. To our knowledge this is the first hungarian publication. **Patients and methods:** In the last four month 6 consecutive pts (4 women) with large WOPNs underwent endoscopic ultrasound(EUS)-guided HotAxios Stent placement. The average size of the WOPNs was 125.6 mm (100-176). The procedure was performed at 36.7 days (25-43) after the onset of pancreatitis. All procedures were technically successful, but in two cases operator-dependent difficulties were observed, but managed in the same session. All pts but one underwent nasocystic drainage and lavage for 3 days with saline and gentamycine. The average time of HotAxios stent implantation was 12 min (6-25) and X-ray was used only to control the nasocystic drain placement. Endoscopic necrosectomy was performed in four pts (one session for each) after 3-5 days after the HotAxios stenting according to the clinical picture. All pts could be discharged from the hospital after 5.9 (4-) days. All stents (except one which is still in place) were removed endoscopically after 51 days (46-56). All WOPN were completely disappeared controlled with CT or abdominal US. No adverse events (AEs) were observed. **Conclusion:** HotAxios stents seem extremely effective and safe in patients with WOPN. Although these are expensive devices they can be cost-effective when compared to the longee procedure time, hospital stay, and AEs of alternative endoscopic procedures. In our opinion these stents are the best and most preferable tools for this procedure to date.

133

PREDICTION OF DIMINUTIVE COLORECTAL POLYP HISTOLOGY USING FUJINON ELUXEO-BLI ELECTRONIC CHROMOENDOSCOPY WITH AND WITHOUT OPTICAL MAGNIFICATION: IMPLICATIONS FOR THE RESECT AND DISCARD STRATEGY FROM A PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY

Oczella L.¹, Szalai M.¹, Miheller P.³, Zsobrák K.¹, Dubravcsik Z.², Szepes A.², Madácsy L.¹, ENDO-KAPSZULA PRIVATE ENDOSCOPY UNIT, SZÉKESFEHÉRVÁR¹, BÁC-SKISKUN COUNTY TEACHING HOSPITAL, OMCH ENDOSCOPY UNIT, KECSKEMÉT², SEMMELWEIS UNIVERSITY, INTERNAL MEDICINE, BUDAPEST³

Introduction: Distinction between neoplastic and non-neoplastic lesions is important during colonoscopy. While adenomas are neoplastic, and therefore should be resected, hyperplastic polyps never turn malignant and do not require specific endoscopic therapy or histology. The aim of our prospective study is to evaluate the effectiveness of Fujinon Eluxeo BLI electronic chromoendoscopic technology in the differentiation of sub-centimetric neoplastic and non-neoplastic polyps as compared to standard

white-light colonoscopy (WLC). **Methods:** All consecutive patients undergoing outpatient colonoscopy with at least one histologically verified <10 mm polyp were included. A video-clip and at least one still picture of each polyp without and with 50x optical zoom at WLC, and BLI- light were recorded with Fujinon EC760Z endoscope and Eluxeo 7000 system. Each of our 6 colonoscopic experts independently and randomly reviewed all of the cases with a standardized electronic web-based questionnaire. For each case, all of the observers had to define the color, the vascularization and the surface structure of the polyps, with the prediction of each lesion as neoplastic or non-neoplastic with the degree confidence. **Results:** 286 polyps were enrolled and recorded into our digital library up till now. Each polyp was endoscopically removed and histologically analyzed and this regarded as gold standard. The overall accuracy with BLI technology as compared to the WLI of the 6 experts without zoom and with 50x times magnification to differentiate between hyperplastic and neoplastic lesions were 81,99% and 87,76%, vs. 77,97% and 83,74%, respectively. 50x times optical zoom combined with BLI technology significantly improved our overall accuracy with a more precise resect and discharge strategy as compared to the control with non-zoom and WLC polyp assessment. **Conclusions:** High-confidence predictions for the differentiation of neoplastic and non-neoplastic polyps with Eluxeo BLI electronic chromoendoscopy combined with 50x times optical magnification provide a potential for real-time endoscopic distinction between of hyperplastic and neoplastic polyps to support resect and discharge strategy. (Study was supported by ECT grant GINOP 2.1.1.-15-2015- 00128)

134

NEITHER THE PRESENCE, NOR THE DEGREE OF INEFFECTIVE PERISTALSIS ALONE DOES NOT PREDICT THE OUTCOME OF LAPAROSCOPIC NISSEN'S FUNDOPLICATION IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE.

Öllé G.¹, Inczei O.¹, Róka R.¹, Bálint L.¹, Paszt A.², Lázár G.², Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary²

Laparoscopic Nissen's fundoplication (LNF) is known as the gold standard method in the surgical management of gastroesophageal reflux disease (GERD). Although most patients report improvement after LNF, impaired esophageal body motility is thought to be important in the unfavorable outcome of this procedure. **The aim** of the present study was to evaluate the role of ineffective peristalsis on the outcome of LNF. **Methods:** Nineteen consecutive patients (M/F: 6/13, mean age: 59 (38-79) years) with GERD and LNF were evaluated prospectively. All patients had detailed pre- and postoperative esophageal evaluation including symptom analysis, upper gastrointestinal endoscopy, 24h pH monitoring and water perfusion high resolution manometry (HRM). During HRM, the motility of the esophagus was judged according to the Chicago 3.0 classification system. Postoperative tests were carried out 3 months after surgery. LNF was considered to be successful only, if complete symptomatic relief had been obtained with negative endoscopic and 24h pH monitoring results. **Results:** Eight of the 19 patients had successful surgical intervention while the remaining 11 had symptoms and/or erosive esophagitis and/or abnormal 24h pH monitoring results at any degree after LNF. While both patient groups had similar mean age, BMI, endoscopic and pH monitoring results, the group with successful LNF consisted significantly more patients ineffective esophageal motility (IEM) at the initial HRM (7/8 vs. 6/11). The mean DCIs were 254 and 542 mmHg*cm*s respectively. In contrast, patients with successful LNF outcome had significant improvement of their esophageal motility parameters (DCI, LES pressures and IRP4) on the postoperative HRM. **Conclusions:** The presence and the degree of IEM – based on Chicago 3.0 classification – may not be a sufficient predictor of unfavorable LNF outcome in patients with GERD. Patients with initially severe IEM may have successful

LN outcome if the anatomical reconstruction of the gastroesophageal junction is associated with the improvement of esophageal motility. Further studies required to find potential predictors of this esophageal motility reserve.

135

ULCERATIVE COLITIS INDUCED MYOCARDITIS – CASE REPORT

Orbán-Szilágyi Á.¹, Schäfer E.¹, Zsigmond F.¹, Gyökeres T.¹, Herszényi L.¹, Budapest, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Honvédkórház, Gasztroenterológiai Osztály¹

Myocarditis occurring in the setting of an exacerbation of inflammatory bowel disease is a rare extraintestinal manifestation of ulcerative colitis (UC). It rarely leads to acute cardiac pump failure. Here we present a case of 33 year-old female patient presenting with an acute flare of UC that was eventually complicated by myocarditis. This 33-year-old woman was admitted to our department with 3-week history of abdominal cramping, bloody diarrhoea (>10/day.), weight loss, nausea. She had a medical history of left-sided UC for 4 years. She was on mesalazine maintenance monotherapy. Her vital signs were stable and general examination was unremarkable. Laboratory results included the following: faecal calprotectin: 560 ug/g, CRP: 51.05 mg/l, Hgb: 111g/l. A stool study for enteric infection, including *Clostridium difficile*, was negative. Sigmoidoscopy showed erythema, superficial ulcers, spontaneous bleeding extending continuously from the rectum. Biopsies excluded Cytomegalovirus superinfection. Methylprednisolone was started intravenously (80 mg/day). On hospital day 4, she complained of sudden onset of chest pain, radiation bilaterally to her back and shoulders that lasted for hours. Physical examination was unremarkable. Electrocardiography revealed normal sinus rhythm, ST depression, negative T wave in the V1-3, non-significant ST elevation in the I, II, AVL and AVF leads. Cardiac troponin-I was elevated: at 151,7 ug/L, CK: 143 U/L, CK-MB: 16,18 ng/ml. She was transferred to the coronary care unit for presumed myocardial infarction. CT scan was performed and ruled out pulmonary embolism. Cardiac catheterisation revealed normal coronary arteries and left ventricular systolic function. Troponin-I levels peaked at 12 h (157 µg/L), then trending down the following day. Given the clinical presentation and ECG changes in the setting of normal coronary angiography, a diagnosis of acute myocarditis was suspected. Daily intravenous, later oral methylprednisolone and mesalazine therapies were introduced which led to resolution of both cardiac and gastrointestinal symptoms. At a 2-month clinic follow-up, the patient reported no cardiac or abdominal symptoms. Patient now is on biologics treatment.

136

AZ ULTRAHANG VEZÉRELT TRANSHEPATICUS CHOLECYSTA DRAINAGE HELYE AZ AKUT CHOLECYSTITIS KEZELÉSÉBEN

Ottlákán A.¹, Ábrahám S.¹, Kovács G.², Czákó L.³, Szepes Z.³, Paszt A.¹, Simonka Z.¹, Tóth I.¹, Vas M.¹, Petri A.¹, Lázár G.¹, Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, Sebészeti Klinika¹, Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, Radiológiai Klinika², Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, I.sz. Belgyógyászati Klinika³

Bevezetés: Az elmúlt években a percutan transhepaticus epehólyag drainage (PTED) szerepe kiemelkedő fontosságúvá vált az akut cholecystitis (AC) kezelésében. Áthidaló megoldást nyújthat az akut gyulladásos szak illetve az a-froid stádiumban végzett elektív cholecystectomy között. Vizsgálatunkban elemeztük, az elmúlt 4 évben AC indikációval végzett PTED-k szerepét az AC kezelési stratégiájában, illetve hatását a tervezett cholecystectomyra. **Módszer:** Retrospektív anyagunkban (2014.01.01- 2018.01.01) vizsgáltuk az elvégzett PTED- k számát, a betegek kor és nem szerinti megoszlást, a társbetegségeket, a panaszok kezdetének idejét, az indikációkat, illetve a lehetséges progressziók arányát, az epehólyag kövesség előfordulását, a drain eltávolítás idejét, a drainage utáni ERCP-k arányát, valamint

a bentfekvés idejét. A később műtétre kerülő betegeknél elemeztük az akut szak és a műtét között eltelt időt, a műtét típusát, a konverziók-, illetve reoperációk arányát. A vizsgálatból kizárásra kerültek az akut cholecystitis nélkül előforduló epehólyag perforációk és májtályogok. **Eredmények:** A négy éves vizsgálati periódus alatt 75 betegnél (ffi: n= 40; nő: n= 35) történt PTED. A betegek átlag életkora 70,98 év (33-95 év) volt. Leggyakrabban akut calculosus cholecystitis (44%), hydrops (24%), ritkábban cholecysta perforatio (18,66%), acalculous cholecystitis (8%) és empyema cholecystae (4%) miatt történtek a beavatkozások. A Charlson comorbidity index átlagosan 3,82 volt. A panaszok kezdetétől eltelt idő átlagban 6,45 nap volt. Epehólyag-kövesség 92%- ban, a drainage-t követően progresszió 18,66%-ban fordult elő. A drain átlagosan 10,95 nap után került eltávolításra, drainage utáni ERCP-re 18,66%-ban volt szükség, az átlag bentfekvés 7,97 nap volt. Elektív műtétre 38 beteg (50,66%) került. A drain eltávolítás és műtét közötti átlagos idő 56,23 nap volt. Laparoscopos cholecystectomyt 32 esetben (84,21%), nyitott műtétet 4 esetben (10,52%) végeztünk. Konverzió 2 betegnél (5,26%) történt, reoperációra szintén 2 esetben (5,26%) kényszerültünk. Az átlagos kórházi tartózkodási idő 6,44 nap volt. **Összefoglalás** A PTED az AC kezelésében napjainkra már nélkülözhetetlenné vált. A konzervatív kezelés ellenére progresszió, időablakon túli AC, valamint magas kockázatú – idős, multimorbid – betegeknél valós alternatívát, sőt biztonságosabb megoldást nyújthat a sürgősséggel végzett műtétekkel szemben a megfelelően megválasztott esetekben.

137

A NYELŐCSŐMANOMETRIA SZEREPE AZ ANTIREFLUX MŰTÉT INDIKÁCIÓJÁNAK MÉRLEGELÉSÉBEN

Özörai L.¹, Kovács B.², Juhász Á.², Patai Á.¹, Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Gastroenterológiai és Belgyógyászati Osztály, Szombathely¹, Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Általános-, Ér- és Plasztikai Sebészeti Osztály², Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Általános-, Ér- és Plasztikai Sebészeti Osztály³, Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Gastroenterológiai és Belgyógyászati Osztály⁴

Bevezetés: A gastroesophagealis refluxbetegség (GORB) az egyik leggyakoribb gasztroenterológiai kórkép, diagnózisa –a cardialis eredetű mellkasi fájdalom kizárása után– a típusos tüneteken (gastroesophagealis regurgitatio, mellkasi égő érzés, epigastriális fájdalom, dysphagia, oropharyngealis panaszok) alapul. A kórsémét megerősítheti a protonpumpagátló (PPI)-teszt, az oesophagogastroszkopia és a nyelőcső pH-metria. A GORB terápiajában a PPI alkalmazása az elsődleges, a tartós PPI-kezelést kiválthatja az antirefluxműtét. A nemzetközi irányelvek előírják az antirefluxműtét előtt a nyelőcsőmanometria elvégzését. Mivel a hazai gyakorlatban sok esetben kerül sor antirefluxműtétre manometria nélkül, jelen tanulmányunkban a manometria szerepét vizsgáltuk a preoperatív diagnosztika során. **Módszer:** Tervezett antirefluxműtét előtt a fentiek alapján GORB-betegnek tartott pácienseken manometriás vizsgálatot végeztünk MMS nagyfelbontású manométerrel (HRM). Minden esetben megmértük az alsó oesophagus sphincter (LES) nyomását, a nyelőcsőtest funkciót, ez utóbbit a Chicago klasszifikáció ajánlásainak megfelelően értékeltük. Vizsgálati eredményeink alapján mérlegettük a műtėti indikációt. **Eredmények:** 110 beteg HRM vizsgálata során 48 esetben normális illetve emelkedett LES nyomást detektáltunk, köztük 30-nál jó, 5-nél inaktív motilitást, 10-nél distalis oesophagus spasmust, 2-nél achalasiát, 1-nél oesophago-gastricus junctio obstrukciót igazoltunk, e betegekben az antirefluxműtétet kontra-indikálnak tartottuk. 62 páciensnél észleltünk alacsony illetve mérhetetlen LES nyomást, köztük a Chicago klasszifikáció alapján 42 betegnél inaktív oesophagus motilitást, 18-nál normális nyelőcső motilitást, 2-nél hiányzó kontraktilitást észleltünk. Ugyan az alacsony LES nyomás miatt mind a 62 betegben szóba jött volna műtét, de közülük 5 páciensben az elégtelen nyelőcső-clearance alapján ellenjavalltnak tartottuk az antirefluxműtétet. **Következtetés:** Az antirefluxműtét indikációját döntően befolyásolja a HRM során mért LES nyomás és a nyelőcsőtest motilitásának együttes értelmezése. Mivel a HRM során az antirefluxműtétre jelölt betegeink jelentős részénél (48%-ban) észleltünk olyan

LES nyomás értéket illetve olyan nyelőcsőmotilitási zavart, melyek alapján a tervezett műtét ellenjavallt volt, megítélésünk szerint a nyelőcsőmanometria minden antirefluxműtét előtt kötelezően elvégzendő vizsgálat.

138

PRECISION ONCOLOGY IN THE TREATMENT OF GASTRO-INTESTINAL CANCERS

Pálházi B.¹, Kovácsné Fábán O.¹, Várkonyi E.¹, Déri J.¹, Mathiász D.¹, Hegedüs C.¹, Schwab R.¹, Vályi-Nagy I.², Peták I.¹, Oncompas Medicine Hungary – Budapest, Hungary¹, South-Pest Centrum Hospital, National Hematology and Infectious Diseases' Institute – Budapest, Hungary²

Background Precision oncology incorporates molecular information to find optimal cancer treatments. Here, we present the results of multiplex genomic testing of 271 gastrointestinal (GI) cancer patients. **METHODS** In 2017, we performed molecular profiling of patients with cholangiocarcinoma (n=22), colorectal (n=165), pancreatic (n=56) and gastric cancer (n=28). Cancer genes (1-5, 50, 596 gene panels) were sequenced using Sanger or next-generation sequencing. Fluorescent in situ hybridization, immunohistochemistry and microsatellite instability tests were also performed in relevant cases. We used our proprietary decision support software (RealTime Oncology Calculator, CE-marked medical device) for functional and pharmacodiagnostic interpretation of molecular profiles based on available evidence and clinical experience, which was followed by Molecular Tumor Board consultations. **Results** The most frequent mutant genes from the most relevant 50 genes were KDR (28%), TP53 (17%) and JAK3 (11%) in cholangiocarcinoma; KRAS (68%), TP53 (42%) and KDR (29%) in pancreatic cancer; TP53 (60%), KRAS (49%) and KDR (44%) in colorectal cancer; and KDR (50%), TP53 (33%) and JAK3 (22%) in gastric cancer. Results of 596 gene panel sequencing (n=10) revealed more extensive distribution and higher number of mutations. PD-L1 overexpression was detected in 14% (8/1), 15% (13/2), 14% (7/1), 7% (15/1) and MSI-high phenotype was identified in 0% (8/0), 5% (21/1), 3% (99/3), 10% (10/1) of cholangiocarcinoma, pancreatic, colorectal and gastric cancer, respectively. ERBB2 amplification was detected in 7% (104/7) of colorectal cancer patients where EGFR overexpression was also frequent (78%; 9/7). We found EGFR overexpression in cholangiocarcinoma (1/1) and EGFR amplification in 11% (9/1) of gastric cancer cases. Molecular Treatment Calculator (MTC) and the Clinical Trial Calculator (CTC) were used to find matching therapies with the highest aggregated molecular evidence levels and to find matching clinical trials. **Conclusions** 42, 58, 58, 42 compounds associated with the most frequent mutant driver genes in cholangiocarcinoma, pancreatic, colorectal and gastric cancer, respectively. Our data demonstrate that precision oncology helps finding the best individualized therapeutic options for GI patients. **Funding:** National Oncogenomic and Precision Oncotherapy Program Funded by the Hungarian Innovation Agency

139

IMMUNIZÁCIÓS ARÁNY A GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK KÖRÉBEN

Pálinkás D.¹, Szamosi T.¹, Schäfer E.¹, Zsigmond F.¹, Gyökeres T.¹, Scheili E.¹, Hersényi L.¹, MHEK Honvédkórház Gasztroenterológia¹

Bevezetés: Gyulladásos bélbetegség (IBD) kezelése során gyakran válik szükségessé immunuszuppresszív készítmények tartós alkalmazása. Ezen betegek körében a fertőzések gyakrabban és súlyosabb formában jelentkeznek. Bár a fertőzések jelentős hányada megelőzhető védőoltásokkal, és az európai-amerikai ajánlások egyaránt javasolják a betegek immunizálását, az oltásban részesült betegek aránya világszerte alacsony. Magyarországon az IBD-s betegek átoltottságáról felmérés ezidáig nem született. **Célkitűzés:** Annak felmérése, az IBD centrumunkban kezelt betegek milyen arányban részesültek a nemzetközi ajánlásokban javasolt védőoltásokban. Azt is vizsgáltuk, hogy mi állt az oltások

elmaradásának hátterében. **Betegek, módszerek:** Vizsgálatunkban az ambulanciánkon 2016 és 2018 között biológiai terápiában részesülő IBD-s betegek ambuláns lapjait tekintettük át. Azon betegeket, akik dokumentációjában nem volt feltüntetve oltással kapcsolatos információ, telefonon és e-mailben kerestük meg. **Eredmények:** a vizsgálat során 427 beteg adatait tekintettük át (85 colitis ulcerosaban szenvedő, 342 Crohn-beteg). 231 beteg (54 %) esett át oltáson. A védőoltásban nem részesült betegek körében 113 beteg (26,4 %) nem kapott felvilágosítást kezelő orvosától, 68 beteg (15,9 %) nem tartotta fontosnak 8 beteg tartott az oltások mellékhatásaitól, szövődményétől, 7 beteg nem tudta vállalni az oltások költségét. **Összefoglalás:** Vizsgálatunk egy tercier IBD centrum, szűk betegcsoportját tekintette át, így nem tekinthető reprezentatív, népesség szintű tanulmánynak. Ennek ellenére eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy még azon betegek esetén is, ahol a terápia megkezdése előtt kötelező egyes vírusszeroológiák vizsgálata, valamint a finanszírozás kapcsán kötelezően kitöltött internetes adatbázisban szerepel az oltásokkal kapcsolatos kérdés, a betegek alacsony arányban részesülnek védőoltásokban.

140

EXAMINATION OF THE MECHANISM OF PANCREATIC DAMAGE INDUCED BY SMOKING

Pallagi P.¹, Tóth D.¹, Venglovecz V.², Tóth E.¹, Balla Z.³, Tóth K.¹, Schnúr A.¹, Csekő K.⁵, Maléth J.¹, Csopor D.⁴, Rakonczay Z.³, Hejles Z.⁵, Hegyi P.⁶, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary, Hungary², Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary, Hungary³, Department of Pharmacognosy, University of Szeged, Szeged, Hungary, Hungary⁴, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Pécs, Pécs, Hungary⁵, Institute for Translational Medicine & 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary, Hungary⁶

Background: Smoking represents an independent risk factor for the development of chronic pancreatitis (CP). It is well documented that secretion of pancreatic ductal alkaline fluid (which is regulated mostly by the anion exchanger and cystic fibrosis conductance regulator- CFTR) is diminished in CP. Earlier we demonstrated that cigarette smoking significantly diminishes fluid and HCO₃⁻ secretion, and CFTR activity in guinea pig pancreas, however, the underlying mechanisms are unknown. **Aim:** We wanted to understand the pathomechanism of smoke-induced pancreatic ductal cell damage. **Materials & methods:** Guinea pigs were exposed to cigarette smoke four times a day for 45 minutes for 6 weeks. Acute alcoholic pancreatitis was induced with intraperitoneal injection of ethanol and fatty acids. 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. The CFTR expression was analysed by immunofluorescence staining. Intracellular pH, Ca²⁺ concentration and ATP levels were evaluated by fluorescence microscopy. We used COS-7 cell line to measure cAMP level with FRET sensors. Results: Cigarette smoking increases leukocyte infiltration in guinea pig pancreas. CSE incubation decreases HCO₃⁻ secretion in guinea pig pancreatic ducts via inhibition of the Cl⁻/HCO₃⁻ exchanger, Na⁺/H⁺ exchanger and Na⁺/HCO₃⁻ cotransporter. CSE pretreatment decreased the amplitude of carbachol-induced Ca²⁺ signal in pancreatic ducts, and increased the amplitude of forskolin-stimulated cAMP signal, suggesting that cigarette smoking alters these signaling pathways in some way. We also saw the location of CFTR to shift away from the apical membrane after CSE incubation. **Conclusion:** The inhibition of CFTR and other ion transporters by CSE could play a crucial role in the development of ductal insufficiency and chronic pancreatitis. This study was supported by OTKA, MTA, SZTA and ÚNKP.

141

A VON WILLEBRAND FAKTOR MULTIMER SZERKEZETÉNEK MÓDOSULÁSA STABIL ÉS AKUTAN DEKOMPENZÁLT MÁJ-CIRRHOZOS BETEGEKBEN

Pályu E.¹, Hársfalvi J.², Tornai T.¹, Papp M.¹, Vitális Z.¹, Udvardy M.³, Tornai I.¹, Gasztroenterológiai Nem Önálló Tanszék, Belgyógyászati Intézet, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Debrecen¹, Biofizikai és Sugárbiológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest², Laboratóriumi Medicina Intézet, Általános Orvostudományi Kar, Debreceni Egyetem, Debrecen³

Háttér és célok: Májcirrhosisban szenvedő betegekben pontosan szabályozott, azonban nagyon instabil egyensúly áll fenn a pro-hemosztatikus és az anti-hemosztatikus folyamatok között. Azt feltételeztük, hogy az akut dekompenzált cirrhotikus betegekben (AD) a von Willebrand faktor fő változásai prothrombotikus helyzethez vezethetnek a stabil (SC) betegekhez és a kontrollokhoz képest. **Módszerek:** Kontroll egyénekben (n=92), SC (n=99) és AD cirrhosisos betegekben (n=54) meghatároztuk a VWF különböző paramétereit, beleértve a részletes multimer analízist is, az ADAMTS13 aktivitást és antigén szinteket illetve a szisztémás gyulladás jellemzőjeként a C-reaktív protein (CRP) szintet. **Eredmények:** A VWF:Ag, a ristocetin kofaktor és a kollagén kötő aktivitás mindkét cirrhotikus csoportban emelkedett volt. Az SC betegek többségében csökkent a magas és növekedett a kis molekulásúlyú multimerek aránya. Ezzel szemben az 54 AD beteg közül 24 betegben ultra-nagy VWF multimereket (ULMWM) találtunk. Az ADAMTS13 aktivitás az ULMWM-mel nem rendelkező SC és AD betegekben a kontroll csoporthoz hasonló volt [median, (IQR)]: 98 (67-132) és 91 (60-110) vs. 106 (88-117)]. Az ULMWM jelenléte esetén viszont az AD betegekben igen alacsony ADAMTS13 aktivitást észleltünk [33 (24-49)%] és a CRP érték is szignifikánsan magasabb volt [23 (7.1- 83.6)mg/l]. Az ULMWM-mel rendelkező AD betegek plazmája a normál trombocyták adhézióját kifejezetten fokozta. **Következtetés:** SC betegekben is jellegzetes változások láthatók a VWF szerkezetében. Az AD betegek közel felében a markánsan lecsökkenő ADAMTS13 szint következtében ULMWM-ek maradnak a plazmában, melyek a betegségben ismert prothrombotikus tényezőkhöz és egyben a betegség progressziójához is hozzájárulhatnak.

142

DIRECT ACTING ANTIVIRAL TREATMENT DECREASES INHIBITORY TIM-3 IMMUNE CHECKPOINT RECEPTOR AND ITS LIGAND GALECTIN-9 EXPRESSION IN PATIENTS WITH CHRONIC HCV HEPATITIS

Par G.¹, Szereday L.², Meggyes M.², Berki T.³, Miseta A.⁴, Vincze A.¹, Par A.¹, First Department of Medicine, University of Pécs¹, Department of Medical Microbiology and Immunology², Department of Biotechnology and Immunology³, Department of Laboratory Medicine⁴

Background and Aims: Increased expression of checkpoint inhibitor receptors in chronic viral infections causes T cell exhaustion and may have a role in the maintenance of tumor tolerance. In chronic HCV hepatitis immune cells have increased expression of co-inhibitory immune receptors such as TIM-3 and its ligand galectin-9, that downregulate T cell activation. The immunological effect of direct acting antiviral (DAA) treatment on these immune checkpoint molecule expression is unclear. In this prospective study we analyzed the effect of DAA treatment on inhibitory receptor TIM-3 and its ligand galectin-9 expression. **Methods:** The expression of TIM-3, and the galectin-9 immune checkpoint molecule expression of CD3+, CD4+, CD8+ lymphocytes, NK, NK dim, NK bright, NKT cells and monocytes were determined by flow cytometry in 10 patients with chronic hepatitis C, treated with dasabuvir, ombitasvir, paritaprevir/ritonavir and ribavirin combination for 12 weeks. All patients (10/10) achieved sustained virological response (SVR12). Blood samples were collected baseline (BL), at the end of treatment (EOT) and at 12 weeks after EOT (SVR12). **Results:** The percentage of NK bright cells (BL: 3.1%, SVR12: 1.7%) and TIM-3 positive NK bright cells (BL: 64% vs SVR12: 50.4%) significantly decreased during DAA therapy. The

percentage of CD3+ T lymphocytes was significantly higher at SVR12 compared to baseline values (47 % vs 56.3%). Inhibitory TIM-3 expression by NKT cells decreased significantly after treatment. (BL: 4.9% vs SVR12: 3.5%). We also found a decreased galectin-9 expression by monocytes at SVR12 compared to baseline (BL: 21.9% vs SVR12: 9.1%). **Conclusion:** Sustained virological response achieved by DAA treatment in chronic HCV hepatitis patients is associated with decreased inhibitory TIM-3 and its ligand galectin-9 molecule expression on immune cells. Our data suggest that DAA therapy via decreasing inhibitory immune checkpoint molecules expression favours changes that restore adaptive immune responses in HCV infection.

143

PROCALCITONIN, SHOULD BE USED AS BIOMARKER TO INDICATE ANTIBIOTIC THERAPY IN THE EARLY PHASE OF ACUTE PANCREATITIS.

Párniczky A.¹, Lantos T.², Vincze Á.³, Gódi S.³, Bajor J.³, Sarlós P.³, Hágendorn R.⁴, Izbéki F.⁵, Szepes Z.⁶, Czákó L.⁶, Takács T.⁶, Novák J.⁷, Papp M.⁸, Vitális Z.⁸, Hamvas J.⁹, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary², Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary³, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary⁵, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary⁶, Pándy Kálmán Hospital of Békés County, Gyula, Hungary⁷, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁸, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary⁹

Introduction: The administration of antibiotics (AB) in acute pancreatitis (AP) presents a global challenge. The IAP/APA AP guidelines do not suggest preventive AB therapy, however there is no specific guidance on the use of AB in the treatment of AP.

Aims: Our aim was 1) to investigate the current clinical strategy on AB therapy in AP and 2) to evaluate laboratory parameters that could indicate the necessity of AB treatment. **Methods:** The Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG) has prospectively enrolled patients with diagnosis of AP from 2012 to 2017. 962 patients were divided into several groups based on the AB therapy and infection. **Results:** 74.3% of (718/962) patients received AB therapy, among them 12.68% (122/962) received it prophylactically. The CRP level and white blood cell (WBC) count were significantly higher in the preventive AB vs the no AB group (92.7±10.6 vs 19.2±12.2 mg/L, p=0.032 and 13.4±0.3 vs 12.4±0.6 G/L, respectively). In addition AB treatment was directly associated with the severity of AP (mild: 69.7%, moderate: 82.7% and severe: 94.3%) irrespective of the presence of infection. However, among those with justified AB therapy, there were no significant differences in the CRP levels and WBC counts between the haemoculture positive (infected) and negative (non-infected) groups in the first five days (161.9±8.28 mg/L vs. 152.9±6.91 and 12.7±0.39 vs 13.4±0.31 G/L, respectively). Only the procalcitonin level showed significant difference between the infected and non-infected groups (48.73±13.82 vs 3.83±1.6 ng/ml, p<0.05) in the early phase of AP. After the 10th day of hospitalization all of the biomarkers (WBC count, CRP and procalcitonin level) were significantly higher in the infected in comparison to the non-infected subjects (84.0±6.93 vs 115.1±12.5 mg/L, 11.39±1.19 vs 9.58±0.57 G/L and 6.83±2.22 vs. 0.37±0.12 ng/ml, p<0.05). **Conclusions.** There is a massive overuse of AB in AP. CRP level, WBC count and severity are the main factors which badly influence the physicians' decision. Our data clearly show that CRP and WBC have no association with infection in the early phase of AP, however sustained elevation of these biomarkers can predict infection. Procalcitonin is the only biomarker which should be used in the early phase to indicate AB therapy.

144

EXPLORE THE CHILDHOOD ONSET PANCREATITIS WITH THE SUPPORT OF APPLE (ANALYSIS OF PEDIATRIC PANCREATITIS) MULTICENTER, OBSERVATIONAL, CLINICAL TRIAL

Pámiczky A.¹, Németh B.², Mosztbacher D.³, Tóth A.⁴, Lásztity N.⁵, Demcsák A.³, Szentési A.², Corina P.⁶, Tokodi I.⁷, Kadenczki O.⁸, Czelecz J.⁹, Kaán K.³, Horváth E.³, Juhász M.³, Veres G.³, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², First Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, Department of Pediatrics, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴, Heim Pál National Institute of Pediatrics, Budapest, Hungary⁵, Pediatrics Department, ⁶, Department of Pediatrics, St. George Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary⁷, Department of Pediatrics, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁸, Bethesda Children's Hospital, Budapest, Hungary⁹

Introduction: Despite of the rising incidence of pediatric pancreatitis (PP) in the last decade, there is still lack of information concerning the management of childhood onset pancreatitis. **Methods/Design:** APPLE - Analysis of Pediatric Pancreatitis is a registered (ISRCTN89664974), observational, multinational clinical trial, received the relevant ethical permission and the prestudy protocol is published (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26613586>). **Results:** APPLE-R: 70 acute, 37 recurrent acute and 14 chronic pancreatitis cases have been enrolled. Concerning the etiology, biliary 12.4%, drug-induced 5%, trauma and alcohol 2.5-2.5%, anatomic and IBD-associated 9-9%, other 8.4% were identified however 51.2% of the cases still remained idiopathic. In 121 cases, genetic analyses of PRSS1, SPINK1, CFTR, CTSC, CPA1 genes have been completed. 48,8% (59/121) of the patients have pathogenic variants. Genetic alterations in PRSS1 were found in 4 cases, SPINK1 in 13 cases, CPA1 in 2 cases, CFTR in 15 case and CTSC in 51 cases. Pathogenic variants in two genes were observed: 2 PRSS1-CTSC, 1 PRSS1-SPINK1, 6 SPINK1-CTSC, 1 SPINK1-CFTR, 7 CTSC-CFTR, 1 CPA1-CFTR. There were no pathogenic variants in 62 cases. **APPLE-P:** We have already enrolled 34 patients with mild AP and 4 patients with moderate AP. All patients presented with abdominal pain and 90% of them (34/38) had signs of inflammation on imaging. More than three-time-elevation of lipase was detected in 98% (37/38) of the cases, whereas amylase elevation was observed only in 84% (31/38) cases. Majority of the patients fulfilled all criteria for AP. There were no significant difference on-admission C-reactive protein level, white blood cell count in mild and moderate AP (38.2±10.5 vs 45.8±20.8 mg/L; 10.4±2.8 vs 9.0±4.2 G/L, respectively).

Conclusion: Positive genetic alteration was found in 65% of the idiopathic and 30% of the non-idiopathic groups. Genetic risk was identified in 25% of AP, 54% of ARP and 80% of CP cases. Our results suggest that genetic testing should be performed in all children suffering from pancreatitis. The study is still ongoing, more patients are crucially needed.

145

LIKE A „TWISTED SPONGE”. RARE MECHANISM OF A GIANT GASTRIC POLYP CAUSED SERIOUS IRON DEFICIENCY ANEMIA AND ITS ENDOSCOPIC SOLUTION

Pécsi D.¹, Tóth L.¹, Magyarosi D.¹, Sepső B.¹, Balog I.¹, Kokas M.¹, Pécsi G.¹, Karolina Kórház és Rendelőintézet Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia¹

Introduction: Polyps are among the most frequent of the benign stomach tumors. In 40-50% gastric polyps can only be found incidentally during upper gastrointestinal endoscopic examinations. The adenomatous polyps have high neoplastic rate, they are potentially premalignant conditions. Gastric polyps can occur pain and bleeding, but only in few cases cause anemia. **Presentation of Case:** A thirty-seven year old man was sent to our Emergency Department with symptomatic, microcytic, iron deficiency anemia detected by GP. After admission we made upper

endoscopy: on the greater curvature of the stomach on a 2 cm long stalk a polyp was found with a head diameter of 3 cm-s. The polyp was intermittently impacted into the pyloric canal and it has elongated it to 10 cm-s and constricted it which caused bleeding with the mechanism like a „twisted sponge”. We took biopsy from more parts of the polyp. The result signed us gastric adenoma. A second gastrosopy was performed: After Tonogen infiltration an endo-loop was taken on the polyp base. 1 cm higher we have cropped the stalk of the polyp with snare. After a 6 day observation period, before leaving the patient home a third look gastrosopy was done. We have found a postpolypectomy ulcer, on it two haemoclips were taken. The patient was discharged in good general condition and after 3 month, control gastrosopy showed us negative result and the haemogram remained steadily normal. **Conclusion** It is important to notice when a large sized gastric polyp is found we have to deal with the mechanism of the pyloric constriction, which can cause bleeding and therefore anemia. Despite the large size of the polyp the endoscopic solution is possible, but it is essential to have wide scale of endoscopic hemostasis therapy skill and it is also necessary to have surgical background.

146

ENDOSCOPIC REMOVAL OF HIGH RISK COLORECTAL POLYPS IN PATIENTS TAKING ORAL ANTICOAGULANT THERAPY. 10 YEARS EXPERIENCE.

Pécsi G.¹, Mariann K.¹, Tóth L.¹, Magyarosi D.¹, Pécsi D.¹, Sepső B.¹, Balog I.¹, Karolina Kórház és Rendelőintézet Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia¹

Background: Regarding hemorrhagic complications endoscopic polypectomy considered to be high risk technique. From the point of view of complications, polyps bigger than 1 cm are high-risk. While the oral anticoagulant therapy (OAT) also increases the possibility of bleeding, suspending it could cause thromboembolic complications. **Aim:** Retrospective analyses of authors method used for the prevention of hemorrhagic and thromboembolic complications after high-risk polypectomy in patients taking OAT. **Methods: main procedures:**

- 1.) Suspending OAT (oral anticoagulant therapy) before operation
- 2.) standard or piece-meal polypectomy
- 3.) preventive application of clip or endoloop
- 4.) bridging LMWH therapy 24-48 hours after the operation
- 5.) resuming OAT 7-10 days after operation

Results: between 2008 and 2017 16066 colonoscopy and 5775 polypectomy were performed. In these 10 years 25 bleeding complications (0,4 %) have been experienced. 215 high-risk polypectomies were performed in 185 OAT patients (128 male, 57 female patients, mean age: 67,8 years) according to the above protocol. There was not any early bleeding complication and perforation. In 19 cases delayed bleeding occurred on 3-6th. day, without exception after restarting of LMWH therapy. These were successfully treated with repeated clipping. Thromboembolic complications did not occur. **Conclusions:** the described practice is effective in the treatment of postpolypectomic hemorrhagic complications and also in the prevention of thromboembolism. The main elements of the method are considered to be bridging LMWH therapy and clip/endoloop placement.

147

SUPRAPAPILLARY BILIARY STENT PLACEMENT MIGHT HAVE LONGER PATENCY TIME COMPARED TO TRANSPAPILLARY STENT PLACEMENT – A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Pécsi D.¹, Farkas N.³, Márta K.¹, Szakács Z.¹, Hegyi P.¹, Vincze Á.², Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary², Institute of Bioanalysis, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary³

Objectives: Endoscopic biliary stent placement is a widely-accepted method for the treatment of patients with biliary strictures.

Stent patency and function time are crucial factors in this therapeutic modality. Suprapapillary versus transpapillary stent positioning might be a contributory factor in stent function time, for that reason, we aimed to conduct a meta-analysis in this comparison.

Methods: A comprehensive literature search was conducted to find articles containing data on suprapapillary stent placement compared to the standard transpapillary method in cases of biliary stenosis of any etiology and any stent type until April 2017. Nine studies fit the inclusion criteria. A meta-analysis was carried out focusing on the following outcomes: stent patency, stent dislocation, cholangitis, pancreatitis and other reported complications rate. Three prospective and six retrospective studies were included in this systematic review and meta-analysis. **Results:** Suprapapillary stent placement seems to be superior to transpapillary stent position in patency (standard difference in means 0.917; standard error 0.196 [0.532- 1.302]; $p < 0.001$). In the subgroup analysis of plastic stents, suprapapillary positioning showed a lower rate of occlusion (odds ratio (OR) 0.299 [0.125-0.718]; $p = 0.007$), cholangitis (Peto's OR 0.183 [0.060-0.554]; $p = 0.003$), and pancreatitis ($p = 0.031$) compared to transpapillary stent placement. There was no difference in the stent migration rates between the two groups ($p = 0.763$). **Conclusion:** Suprapapillary stenting may have the advantage of longer stent patency, lower cholangitis and pancreatitis rate in the cases of plastic stent placement. Moreover, the stent migration rate did not differ in the suprapapillary and transpapillary groups. (Registration number: CRD42017069840, <http://www.crd.york.ac.uk/prospero>)

148

INITIAL MULTICENTRE DATA FROM THE HUNGARIAN ERCP REGISTRY

Pécsi D.¹, Szentesi A.¹, Hegyi P.¹, Altörjay L.², Czákó L.³, Gódi S.⁴, Gyököres T.⁵, Pakodi F.⁴, Patai Á.⁶, Szepes Z.³, Vincze Á.⁴, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary¹, Division of Gastroenterology, Second Department of Medicine, University of Debrecen², First Department of Medicine, University of Szeged³, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs⁴, Department of Gastroenterology, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest⁵, Department of Gastroenterology and Medicine, Markusovszky University Teaching Hospital, Szombathely⁶

Introduction: The continuous monitoring of quality indicators in gastrointestinal endoscopy became an essential requirement nowadays. Most of these data cannot be extracted from the currently used free text reports, therefore a web-based data collecting system, the Hungarian ERCP Registry was developed. Here we present the first multicentre data from the registry. **Methods:** Data collection started in January 2017 at University of Pécs, and further four centres (Szeged, Debrecen, Budapest and Szombathely) started to use the registry from a later date. **Results:** 1117 ERCPs of 884 patients were recorded in the database till March 2018 in the five participating centres. 30-day follow up data was collected to detect all procedure related late complications, this data is available in 73.5% of the procedures. Native papilla (NP) was detected in 698 ERCPs (62.5% of all procedures), the success rate of biliary cannulation was 90.5% in these patients. Post-ERCP pancreatitis (PEP) developed in 22 cases (3.2% of procedures with NP), clinically significant bleeding was reported in 14 patients (2.0% of cases with NP). Cholangitis was observed in 18 cases (1.6% of all procedures), and perforation occurred in 16 cases (1.4%). Indomethacin suppository was used in 43.8% of the cases, while prophylactic pancreas stent was applied in 9.5% of the procedures to prevent PEP. The data of the participating centres are shown below. Center / ERCP number / 30d F/U (%) / ERCP in NP (%) / Success in NP (%) / Complication rate (%): PEP / Bleed / Cholang. / Perf.: Pécs / 692 / 75.1 / 62.6 / 89.6 / 3.2 / 1.4 / 0.7 / 1.9; Szeged / 207 / 67.6 / 66.2 / 94.2 / 4.4 / 2.9 / 3.9 / 1.0; Budapest / 151 / 69.5 / 55.6 / 89.3 / 1.2 / 1.2 / 3.3 / 0; Debrecen / 35 / 85.7 / 57.1 / 100 / 0 / 10.0 / 0 / 0; Szombathely / 32 / 81.3 / 75.0 / 83.3 / 4.2 / 4.2 / 0 / 3.1 **Discussion:** These are the first prospectively collected multicentre key performance indicators from the Hungarian ERCP Registry. This web-based

registry is a suitable tool to detect the quality of patient care and also can be used for clinical research. Further centres are encouraged and welcome to join this project.

149

THE COMMON TRUNCATION VARIANT P.W358X OF THE PNLIPRP2 LIPASE IS NOT ASSOCIATED WITH CHRONIC PANCREATITIS

Pesei Z.¹, Németh B.¹, Hegyi E.⁵, Szentesi A.², Vincze Á.³, Kelemen D.⁴, Hegyi P.², Sahin-Tóth M.⁵, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Translational Medicine, University of Pécs, Hungary², First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary³, Department of Surgery, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴, Boston University Medical Campus, Boston, MA, USA⁵

Introduction: Pancreatic Lipase-Related Protein 2 (PNLIPRP2) is a lesser lipase isoform which can digest long chain triglycerides, diglycerides and monoglycerides. In vitro experiments showed that the common nonsense variant c.1074G>A (p.W358X) causes the formation of a shorter misfolded protein that is not secreted well but induces endoplasmic reticulum (ER) stress. ER stress is a known susceptibility factor for chronic pancreatitis, suggesting that the p.W358X mutation of the PNLIPRP2 gene might contribute the development of pancreatitis. **Aims:** Our aim was to investigate whether the p.W358X mutation of the PNLIPRP2 gene is associated with idiopathic and alcoholic chronic pancreatitis. **Patients and methods:** In our study we enrolled 115 patients with idiopathic and 142 patients with alcoholic chronic pancreatitis and 200 controls recruited by the Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG – www.pancreas.hu). Exon 11 and its flanking intronic regions were analyzed by Sanger sequencing. Expression of the PNLIPRP2 gene was studied by RT-PCR using human donor pancreas cDNA samples.

Results: When allele frequencies were considered, the p.W358X mutation was not overrepresented either in the idiopathic or the alcoholic chronic pancreatitis groups compared to the controls (54.8% and 50% vs. 52%, respectively). RT-PCR on a homozygous cDNA sample indicated drastically reduced PNLIPRP2 expression at the mRNA level. Additionally, we identified 5 more PNLIPRP2 variants (c.1071-379delG, c.1071-321C>T, c.1084A<G p.I362V, c.1161A>G p.S387= and c.1181+55C>A) but none were associated with chronic pancreatitis. **Conclusion:** The p.W358X mutation of the PNLIPRP2 gene is not associated with chronic pancreatitis. Expression of the truncated protein is inhibited at mRNA level likely by "nonsense-mediated mRNA decay", therefore, this variant does not cause ER stress in the human pancreas.

150

AZ EPEÚTI BETEGSÉGEK KOMBINÁLT SEBÉSZETI ÉS ENDOSZKÓPOS KEZELÉSE

Pósfai G.¹, Hamvas J.², Bezsil J.³, Juhász M.¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház és RI., Budapest, Sebészeti, Érsebészeti, Érsebészeti és Mellkassebészeti Osztály¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház és RI., Budapest, I. Belgyógyászati Osztály², Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Sebészeti Osztály³

Az epeúti betegségek kezelésében egyre nagyobb szerepet kapnak az endoszkopos intervenciók, ugyanakkor az esetek egy részében az endoszkopos beavatkozással nem lehet tartós megoldást elérni. Előadásunkban beszámolunk hat olyan esetünkről, akiknél az endoszkopos és a sebészeti (laparoscopos és/vagy hagyományos) beavatkozásokat felváltva alkalmaztuk attól függően, hogy mivel tudtunk hatékonyabban hozzájárulni a beteg gyógyulásához, illetve az állapotának javításához. A bemutatásra kerülő esetek között van egy többször recidiváló choledocholithiasis, egy choledocholithiasis mellett igazolt nagy méretű Vater-papilla adenoma, egy a ductus hepaticusra terjedő cholecysta carcinoma, két irresecabilis pancreas-fej carcinoma és egy Klatskin tumor miatt kezelt beteg. Az elvégzett endoszkopos beavatkozások: EUS, ERCP, EST, kő-extractio, epeúti tágtágítás, plasztik-, ill. fém-stent behelyezés, és az ún. „randez-vous technika” speciális alkalmazásai. A betegeknél alkalmazott műtéti beavatkozások: nyitottan

végzett cholecystectomya, choledochotomia, papilla-tágítás Bakes szondával, Kehr drainage, operatív stent behelyezés, biliodigestiv anastomosis képzés, valamint laparoscopos technikával végzett cholecystectomya, choledochotomia és choledochus resectio, hepatico-jejunostomiával. Az eredmények természetesen a betegség dignitásától, a malignus betegségek stádiumától függően jelentősen különböztek. Az irresecabilis tumoros betegek esetében a palliatív beavatkozások javították a betegek túlélését és életminőségét, a benignus betegségek esetében a gyógyulás kisebb megterhelést jelentett a betegek számára. A kombinált endoszkópos és sebészeti beavatkozások jelentős előnyökkel járnak a betegek számára, azonban ehhez a sebészeti és a gasztroenterológia részlegek, az ott dolgozó szakemberek gördülékeny együttműködésére van szükség. Saját eseteink is azt bizonyítják, hogy a bonyolultabb epeúti betegségben szenvedő betegek ellátása szempontjából előnyt jelent, ha team-nek van olyan sebész-gasztroenterológus tagja, aki a műtéti és az endoscopos epeúti beavatkozásokban egyaránt járatos.

151

EVALUATION OF LIVER FIBROSIS BY TRANSIENT ELASTOGRAPHY AND ELF TEST, AND STEATOSIS BY CONTROLLED ATTENUATION PARAMETER AT METHOTREXATE TREATED PATIENTS.

Pusztay M.¹, Németh A.¹, Korda J.², I. Belgyógyászat, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest¹, Országos Reumatológia és Fizioterápiás Intézet, Budapest²

Introduction: Methotrexate is a well known to cause elevations in serum aminotransferase levels and long term therapy has been linked to development of fatty liver disease, fibrosis and even cirrhosis. Liver function tests do not always predict hepatotoxic effects from methotrexate use. **Methods:** FibroScan/CAP (Echosens) and ELF (Siemens) measurements were collected prospectively from patients with long-term MTX treatment (above 1500 mg cumulative dose of MTX) due to rheumatoid arthritis or psoriasis. Fibrosis was measured by Fibroscan and ELF test. Steatosis was diagnosed by using abdominal ultrasound, CAP and body composition monitor, and based on the laboratory parameters (liver function, serum lipid levels, Homa index) Diagnostic accuracy of Fibroscan and ELF test was compared. **Results:** 136 patients were examined. 112 (82%) patients had normal liver stiffness (F0-F1). 24 patients (17,6%) had elevated liver stiffness (F2-F4). 9 (6,6%) patients had F2 (moderate), 8 (5,8%) patients had F3 and 7 (5,1%) patients had F4 (severe) Metavir liver injury. Out of 24 patients with elevated liver stiffness only 9 patients had abnormal transaminase values. CAP value was normal (S0) only at 19 (14%) patients, abnormal (S1-S3) steatosis value was measured at 117 (86%) patients. S1 was measured at 23 (16,9%) patients. 28 (20,5%) patients had moderate S2 and 66 (48,5%) patients had severe S3 steatosis. ELF test was performed at 125 patients. Only 1 patient (0,8%) had normal ELF value (0-7,6). 80 patients (64%) had moderate (7,7-9,8) elevation, and 44 (35%) patients had severe (above 9,8) ELF value elevation. ELF value was often elevated in patients with normal liver stiffness. **Conclusion:** According to our data patients with elevated BMI have higher risk for MTX induced liver injury. MTX induced liver fibrosis can be decreased by body weight control. Fibroscan/CAP is good non-invasive method to monitor liver steatosis and fibrosis during long term MTX therapy. Prevention of obesity and liver steatosis is the most important goal in this patient population to avoid liver damage. ELF test alone has no adequate predictive value in the diagnosis of fibrosis in this patient population.

152

THE EFFECT OF FLUORIDE ON TIGHT JUNCTION FORMATION IN THE HAT-7 AMELOBLAST MODEL

Rácz R.¹, Bori E.¹, Földes A.¹, Zsembery Á.¹, Gerber G.², Steward M.³, DenBesten P.⁴, Varga G.¹, Department of Oral Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest, Hungary², School of Medical Sciences, University of Manchester,

Manchester, United Kingdom³, Department of Orofacial Sciences, University of California, San Francisco, USA⁴

Introduction: During enamel maturation, ameloblasts have crucial role in mineral transport and secretion of bicarbonate to neutralize excess protons from hydroxyapatite formation. There have been no functional data existed for mineral ion transport by ameloblasts. Therefore, we developed a novel in vitro model using the HAT-7 rat ameloblast cells to functionally study epithelial ion transport during amelogenesis. We could verify that HAT-7 cells can form functionally polarized monolayers and are able to transport bicarbonate ions from the basolateral to the apical direction. **Objectives:** Our present aims were to provide functional evidence for the role and localized activity of key transporters in pH regulation in HAT-7 cells. We also aimed to examine whether fluoride, a well-known disruptor in amelogenesis affects HAT-7 cell viability, the development of transepithelial resistance and vectorial bicarbonate transport. **Materials and methods:** HAT-7 rat ameloblast cells cultured on Transwell permeable filters were monitored for 5 days by the measurement of transepithelial resistance, an indicator of tight junction formation and polarization. We followed intracellular pH changes by microfluorometry using the fluorescent indicator BCECF. The activity of transporters was assessed by withdrawal of various ions from outer solutions, and by using specific inhibitors and modulating agents, forskolin and ATP. Cell survival was estimated by AlamarBlue assay. **Results:** We detected the basolateral activity of NBCe and NHE transporters. Acute 0.03-1mM fluoride exposure did not affect stimulated bicarbonate secretion significantly. While 3mM and higher doses were fully toxic, 1mM applied for 48h and 96h to HAT-7 cell monolayers was not toxic. However, 1mM fluoride significantly delayed tight junction formation. **Conclusions:** We demonstrated the activity of important transporters affecting the pH regulation of HAT-7 cells. Vectorial bicarbonate transport was not altered by a wide range of acute fluoride exposure. However, the formation of tight junctions was inhibited by doses which do not induce cell death. This indicates a novel possible mechanism contributing to dental fluorosis. Supported by the Hungarian Human Resources Development Operational Programme (EFOP-3.6.2-16-2017-00006) and by the Hungarian National Research, Development and Innovation Fund (K-125161).

153

COMMUNICATION BETWEEN HEPATOMA CELL LINES AND THE IMMORTALIZED MYOFIBROBLAST LX-2 IN COCULTURE

Rada K.¹, Kovalszky I.¹, Regös E.¹, Kiss K.¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research¹

Introduction: Tumor behaviour is greatly influenced by the synthesized tumor microenvironment. This non-tumorous component includes inflammatory cells, blood vessels, tumor associated fibroblasts and the macromolecules of the ECM. **Objective:** In the presented research we addressed the question whether hepatoma cell lines of different phenotypes respond in different ways for the presence of immortalized Ito-cells (LX-2). On the other way around is the matrix production of LX-2 cells uniform, or influenced by the phenotype of cancer cells? We were also interested in the way of communication utilized by the cells. **Methods:** We selected two largely different hepatoma cell lines: the invasive HLE with high proliferation rate and migration capability, and the less aggressive HuH-7. To determine the effect of cocultivation changes in signal transduction of the cells, matrix protein synthesis and MMPs were studied. **Results:** ECM proteins: When cultivated with the fibroblast medium, both hepatomas modified their matrix protein synthesis; however, the witnessed changes were different. In case of HLE cells the medium contained more laminin $\alpha 1$ and $\beta 1$, TIMP1 and type IV collagen. In addition, shedding of syndecan-1 and CD44 increased. At the same time fibronectin, thrombospondin1 and type IV collagen were the characteristic matrix components produced by the LX-2-HuH-7 system. **Integrins:** As an effect of cocultivation the expression of $\alpha 6 \beta 4$ laminin receptor increased in HLE, while fibronectin receptor $\alpha 5 \beta 1$ and

α V β 1 fibronectin/vitronectin receptors increased in HuH-7. MMPs: Direct coculture of HLE and LX-2 produced increased amount of MMP-2 and MMP-9 involved in the disassembly of basement membrane, whereas excess MMP-1 was found in HuH-7-LX2 coculture medium. Signal transduction: P 21waf was downregulated in both hepatomas, as a result of MAPK and WNT pathway activation in case of HLE, and WNT activation in case of HuH-7. Akt was phosphorylated on Thr308 in case of HLE and on Ser473 in HuH-7. **Conclusion:** Our results indicate that the way stromal and tumor cells affect each other's function in coculture is not uniform and is determined by the biological characteristics of the tumor cells. Further studies, clarifying the implication of miRNAs and metabolites, secreted to the medium is underway.

154

SYNDECAN-1 INHIBITS THIOACETAMIDE INDUCED FIBROGENESIS OF THE LIVER

Regős E.¹, Baghy K.¹, Reszegi A.¹, Kovalszky I.¹, Semmelweis Egyetem, I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet¹

Background: Immunohistochemical analysis revealed, that liver cirrhosis is accompanied by upregulation of syndecan-1. The localization of this proteoglycan changes, as well. In normal situation it localizes on the basolateral surface of hepatocytes, whereas in cirrhosis circumferences them. **Aims:** The question was addressed what is the consequence of the enhancement of this proteoglycan? To get answer transgenic mouse was created, by transfection of a human syndecan-1 construct, driven by albumin promoter. Thus, syndecan-1 was overexpressed exclusively in the hepatocytes. Liver cirrhosis was induced by thioacetamid in normal and syndecan-1 +/- mice.

Methods: The process of fibrogenesis was followed for four month, by detection of collagen type I, smooth muscle actin, MMP14, syndecan-1 and heparan sulfate expression on paraffin embedded liver sections. Molecular events in the liver were detected by Western blots. In vitro model was established to follow the direct interaction of LX2 immortalised hepatic stellate cells with wild type and syndecan-1 transfected Hep3B hepatoma cell lines. **Results:** Without challenge no morphological changes were observed in the liver between wild type and transgenic mice overexpressing syndecan-1. Compared to the normal liver syndecan-1 overexpression hindered the development of cirrhosis at 2nd month of TA exposure, but at the end of 4th month the extent of fibrosis was leveled off. Our data indicated, that HS chains of shedding syndecan-1 bind and remove both TGF β 1 and its activator thrombospondin-1 through the circulation. At the same time overexpression of MMP14 in the transgenic livers facilitated shedding of syndecan-1. However, by the end of experiment both syndecan-1 and its heparan sulfate chains decreased dramatically in the transgenic livers, being incapable to clear TGF β 1. As compared to control, shedding in SDCN+/+ livers results in more progressive removal of heparan sulfate bearing proteoglycans together with increasing syndecan-1 and TGF β 1 concentration in the circulation. In in vitro experiment syndecan-1 inhibits the stimulatory action of TGF β 1 on SMA, TIEG type I collagen, and thrombospondin-1, and facilitates the activity of MMP14. **Conclusion:** In our study we demonstrated the protective role of syndecan-1 in liver fibrogenesis through its shedding and the capability to eliminate TGF β 1 from the liver.

155

DECORIN DELIVERY HINDERS PRIMARY AND METASTATIC TUMOR FORMATION IN THE LIVER

Reszegi A.¹, Horváth Z.¹, Fehér H.¹, Regős E.¹, Karászi K.¹, Postniková V.¹, Kovalszky I.¹, Baghy K.¹, Semmelweis Egyetem I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest¹

Introduction: Hepatocellular carcinoma (HCC) and colorectal (CRC) cancer represents the third and the second most common cause of cancer death worldwide. A key constituent of the hepatic microenvironment is the small leucine-rich proteoglycan decorin known to interfere with cellular events of tumorigenesis mainly by blocking various receptor tyrosine kinases and inducing

p21WAF1/CIP1. **Aims:** We designed a model system, in which we examined the role of decorin both in the process of primary hepatocarcinogenesis and liver metastasis. **Methods:** Tissue microarrays were assembled from human HCC and CRC cases and immunostained for decorin. For in vivo transfection, pLIVE vector coding human decorin cDNA and its control vector were targeted to the liver. For monitoring vector operation, a control vector coding for serum alkaline phosphatase was also applied. Vectors were ingested by hydrodynamic gene delivery. Hepatocarcinogenesis was induced by thioacetamide administration. Liver metastasis of colon carcinoma was modelled by inoculating murine colon 38 cell line into the spleen. Receptor tyrosine kinase activity was analyzed by Proteome Profiler pRTK assay. **Results:** In hepatocellular carcinoma, decorin expression is reduced or completely blocked as seen in human samples. In vivo transfection of the liver by decorin expressing vector was performed. Exogenous decorin expressed by hepatocytes was able to effectively inhibit tumorigenesis evoked by thioacetamide. In liver metastases of colon carcinoma, decorin amount is significantly lower than that of primary tumor or normal colon reflecting on its possible antitumor action. In our mouse experiments, excessive decorin level significantly reduced colonization colon tumor cells into the liver. The soluble decorin expression produced by the transfected pLIVE vector decreased the levels of several RTKs in both models. **Conclusion:** Decorin gene delivery is able to effectively inhibit the primary and metastatic tumor formation in the liver. Our results support the idea of decorin utilization as an anti-cancer agent in the battle of liver malignancies.

156

A VÉRZÉSFORRÁS KERESÉSÉNEK ÚTVESZTŐI - ESET BE-MUTATÁS

Rusznay K.¹, Varsányi M.¹, Szász N.¹, Orbán-Szilágyi Á.¹, Bördös A.¹, Bacskay B.¹, Szamosi T.¹, Rábai K.¹, Gyökres T.¹, Hersényi L.¹, Vertse G.², Lestár B.², Szabó A.³, Árva I.³, Vallus G.⁴, MHEK Honvédkórház, Gasztroenterológia¹, II. Sebészet², Intenzív Terápiás Osztály³, Érsebészet⁴

Bevezetés: Az aorto-bifemorális bypass műtét az alsó végtagi verőérszűkületben szükségessé váló érsebészeti megoldás, mely évekkel az operációt követően is tápcsatornai vérzés okozhat szövődményként. Intenzitását tekintve az enyhétől a masszív sokkoló jellegűig terjedhet. Osztályunkon 2017-ben 4 hónap alatt 3 olyan beteget vettünk fel gasztrointesztinális vérzés miatt, akiknek a kórelőzményében aorto-bifemorális áthidaló műtét szerepelt.

1.eset: 71 éves clopidogrelt szedő, 23 éve bypass műtéten átesett nőbeteget vérhányás miatt 3 alkalommal is felvettük osztályunkra, az összesen 4 gastroscopia, 3 colonoscopia, 2 angio-CT és 1 kapszula endoscopia vizsgálat sem talált aktív, egyértelmű vérzésforrást. Az 5. gastroscopia igazolta az aorto-duodenalis fistulajaratot, és a beteget érsebészen megoperálták.

2.eset: 70 éves acetilszalicilsav szedő, 5 éve bypass műtéten átesett férfi beteget vettünk fel vérhányás miatt, akinek urgens gasztroszkópiát terveztünk, de az EKG-n megjelenő subendocardialis ischaemia, a progrediáló dyspnoe AMI lehetőségét vetette fel, a beteg így ITO-ra került, ahol ismételt vérhányás miatt SB szonda lehelyezést, keringésmegállás miatt reanimációt végeztek, a beteg elhunyt. Posztmortem igazolódtott az aorto-duodenalis fistula, amely a vérzéses sokkot okozta.

3.eset: 71 éves korábban bypass miatt műtött férfi beteget anémia, málnaszéllel széklet miatt vettünk fel. Az SBO-n és osztályunkon megismételt gyomortükrözés a corpus kitöltő koagulomot írt le, aktív vérzést nem azonosított. Néhány óra múlva sokkoló vérzés miatt a beteget megoperálták, vérzésforrást nem találtak, a gyomorban fellelt eróziókat alóltották. Az ITO-n néhány óra múlva masszív vérzés miatt újabb urgens gasztroszkópia történt, amely aktuálisan vérző aorto-duodenalis fistulát talált, amelyet klip felhelyezés után érsebész bevonásával elvarrtak. Másnapra a bal láb keringése kritikusá vált, így axillo-femorális bypass műtétet végeztek, ennek ellenére a bal láb keringészavara fokozódott, végül a beteg keringés összeomlásban elhunyt.

Összefoglalva: Az aorto-duodenalis fisztulák mind pulzatisis, mind fatális vérzést egyaránt okozhatnak, diagnosztikájuk mindkét esetben nehézségbe ütközik. Minden aorto-bifemorális bypass műtött betegnél gondolnunk kell rá, hogy a vérzésforrás hátterében a graft és a tápcsatorna közt kialakult fisztula is állhat.

157

ENDOSCOPIC ULTRASOUND (EUS) EXAMINATIONS IN A TEACHING HOSPITAL – EXPERIENCES OF THE FIRST YEAR

Sahin P.¹, Rácz S.¹, Hamvas J.², Topa L.³, Várkonyi T.⁴, Vajda K.⁴, Nehéz L.⁵, Harsányi L.⁵, Jahn Ferenc Hospital, Department of Gastroenterology, Budapest, Hungary¹, Bajcsy Zsilinszky Hospital, Department of Gastroenterology, Budapest, Hungary², Department of Gastroenterology, St. Imre Teaching Hospital, Budapest and Pécs University, Hungary³, Jahn Ferenc Hospital, Department of Pathology, Budapest, Hungary⁴, Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁵

Introduction: Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration (EUS-FNA) was introduced in the 1990's. It enables the staging of lesions of the upper gastrointestinal tract and of the pancreas and also the obtaining of cytological samples. This is not only a useful diagnostics resource but might also be a decisive factor in setting up an appropriate treatment plan. **Objective:** Summarize the experiences gathered by our Endoscopy Laboratory during the introduction of EUS examination techniques. **Patients, examinations:** Between 1 January 2017 and 28 February 2018 a total of 73 (38 male and 35 female) patients were examined. EUS examinations: mediastinum: 1; stomach: 4; pancreatobiliary: 65. Therapy-related: cysto- gastrostomy: 2; walled-off pancreatic necrosis drainage: 1 (Hamvas-Sahin); EUS- FNA: 48, of which true positive: 21, false negative: 16, true negative: 11; ROSE EUS-FNA: 32 per cent. Complications: mild acute pancreatitis: 1 patient. **Method:** Data of patients with suspected pancreatic tumour were analysed separately and retrospectively. In 43 cases diagnosis was pancreatic tumour. Follow-up of 6 of those patients was unsuccessful, therefore the data of 37 patients could be analysed in detail. 7 cases were resectable, of which 2 proved benign (1 chronic pancreatitis, 1 serous cystadenoma). FNA was performed only in 5 cases of all operable tumours. In case of cystic lesions CEA and CA 19-9 tests were also performed. Assumed to be operable (based on CT + EUS) but proved irresectable during surgery: 4 cases; operable according to both CT and EUS but no surgery performed: 8 cases. Positively inoperable based on EUS staging: 17 cases, confirmed by CT, surgical conference or autopsy. Of the 7 cases assumed resectable EUS stage was false in 1 case. In 3 cases T3 was inaccurate. EUS-FNA specificity: 100 per cent; sensitivity: 57 per cent. **Discussion:** In the first year a relatively small number of therapeutic interventions were performed, which explains the small number of complications. Mostly pancreatobiliary examinations were performed. The detailed analysis of patients with a pancreatic tumour revealed that EUS-staging was false in 13.5 per cent of cases. Mostly the stage T3 grading was inaccurate. An appropriate number of operable tumours were detected. **Conclusion:** The staging results based on our EUS examinations erred significantly on the side of operability. EUS-FNA sensitivity needs to be increased and staging must be made more accurate. We must strive for the detection of small pancreatic tumours that cause ambiguous symptoms.

158

BETEGGONDOZÁS MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ ELŐTT. TANULSÁGOK EGY ESET KAPCSÁN

Salánki Z.¹, Babosné Ásványi M.¹, Kokas M.¹, Magyarosi D.¹, Pécsi G.¹, Karolina Kórház és Rendelőintézet Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia¹

A Karolina Kórház Gasztroenterológiai osztályán a két gasztroenterológus szakorvos és három asszisztens által alkotott Hepatológiai munkacsoport 2008. óta működik. A munkacsoport végzi a krónikus májbetegségek gondozását, kezelését. A gondozottak döntő hányadát a krónikus vírushepatitisben és alkoholos eredetű májbetegségben szenvedők alkotják. Fontos feladat egy-egy

végstádiumú májbeteg májtranszplantációra történő előkészítése. A szerzők a májtranszplantáció indikációinak és kontraindikációinak áttekintését követően, egy konkrét betegük kapcsán a munka szépségeit és nehézségeit elemzik. Az 51 éves férfi beteg korábban rendszeresen aethylizált. Első ízben 2015-ben került az osztályuk fekvőbeteg részére felvételre, decompenzált Child C stádiumú májcirrhosis tüneteivel. Ezt követően 3 év során 32 alkalommal kezelték fekvőbeteg részlegükön általában hepatikus encephalopátia tüneteivel. Teljes körű alkohol abstinencia és jó compliance mellett is a visszatérő encephalopátiás tünetek jellemezték állapotát. Májtranszplantáció fázis I- II vizsgálatai 2016. 08. hónaptól történtek meg. Állapota progressziót mutatott. Májriasztás egy alkalommal történt majd a 3 év gondozás után 2018.február hónapban sikeres májtranszplantáción esett át. **Konklúzió:**A szerzők a team munka jelentőségére hívják fel esetükkel a figyelmet. Jól kooperáló betegek esetén, gondos orvosi-nővéri gondozás mellett a májtranszplantáció a korábban eredménytelen esetekben is a gyógyulás reményét adja.

159

THERAPY-SPECIFIC RISK FOR THROMBOSIS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE. A META-ANALYSIS.

Sarlós P.¹, Szemes K.¹, Hegyi P.², Vincze Á.¹, Farkas N.³, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Medical School, Pécs, Hungary¹, Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Medical School, Pécs, Hungary², Institute of Bioanalysis, University of Pécs, Medical School, Pécs, Hungary³

Background and aim: Inflammatory bowel disease [IBD] is associated with 1.5- to 3- fold increased risk of venous thromboembolic events [VTE]. The aim of this study was to determine the risk of VTE in IBD as a complication of systemic corticosteroids and anti-tumor necrosis factor alpha [TNF α] therapies. **Methods:** A systematic review and meta-analysis was conducted, which conforms to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses [PRISMA] statement. PubMed, EMBASE, Cochrane Library, and Web of Science were searched for English-language studies published from inception inclusive 15 April 2017. The population-intervention-comparison-outcome [PICO] format and statistically the random-effects and fixed-effect models were used to compare VTE risk during steroid and anti-TNF α treatment. Quality of the included studies was assessed using the Newcastle-Ottawa scale. PROSPERO registration number is 42017070084. **Results:** We identified 817 records, of which eight observational studies, involving 58,518 IBD patients, were eligible for quantitative synthesis. In total, 3,260 thromboembolic events occurred. Systemic corticosteroids were associated with a significantly higher rate of VTE complication in IBD patients as compared to IBD patients without steroid medication [OR: 2.202; 95% CI: 1.698-2.856, $p < 0.001$]. In contrast, treatment with anti-TNF α agents resulted in a 5-fold decreased risk of VTE compared to steroid medication [OR: 0.267; 95% CI: 0.106-0.674, $p = 0.005$]. **Conclusion:** VTE risk should be carefully assessed and considered when deciding between anti- TNF α and steroids in the management of severe flare-ups. Thromboprophylaxis guidelines should be followed, no matter the therapy choice.

160

HIDRADENITIS SUPPURATIVA AND INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: A CASE SERIES

Schäfer E.¹, Szamosi T.¹, Gyökerez T.¹, Zsigmond F.¹, Herszényi L.¹, MHEK Gasztroenterológia¹

Background and aims: Inflammatory bowel disease (IBD) and hidradenitis suppurativa (HS) are two chronic inflammatory diseases, with a multifactorial pathogenesis, where the tumoral necrosis factor (TNF), IL-17, IL-12/23 play an import role. Epidemiological studies report the prevalence of HS in patients with IBD 4-8 times higher than in the general population. We investigated features of IBD in patients with HS by analysing clinical data and performing a literature review. **Cases:** We treated 7 patients with Crohn's disease and HS (6 men and 1 woman). All patients had

Crohn's disease. The median age of CD diagnosis was 8 years. None of the patients had a family history of IBD. The median age of HS diagnosis was 6 years, in two patients the HS was diagnosed at the first gastroenterological consultation. Most of the patients were smoker (6), but only one of them was obese. **Results:** Patients either have ileocolonic disease (5), colonic disease (1), perianal disease was present in 5 patients. All patients are treated medically for CD: with azathioprine (5), adalimumab (4) and infliximab (1), most of them required dose escalation. The areas most affected by HS included axilla (5), inguinal region (2) and perianal region (4). They were treated with antibiotics (7), intralesional steroids (2) and anti TNF medications (5) and most of them required surgery (incision and drainage). After induction of biologics treatment, none of the patients required surgery any more. **Conclusion:** We would like to inform the clinicians with these case reports about the coexistent disease and provide insight into the challenges of managing Crohn's disease and HS. Perianal involvement poses a diagnostic challenge in patients with Crohn's disease and HS. Patients can respond to anti-TNF therapy, although adalimumab is currently the only treatment with demonstrated efficacy in HS and Crohn's disease. It is of a great importance for both gastroenterologist and dermatologist to be aware of this association, because a lack of awareness may lead to inappropriate or insufficient treatment of both diseases.

161

EGY „MEGTÖRT SZÍV” ESETE AZ ERCP-VEL

Scheili E.¹, Szamosi T.¹, Bakucz T.¹, András P.¹, Rábai K.¹, Zsigmond F.¹, Herszényi L.¹, MH EK Gasztroenterológia¹

A 80 éves nőbeteg epigasztriális panaszok miatt ERCP elvégzése céljából vettük fel osztályunkra. ERCP során elővágást, majd papillotomiát követően Dormia-kosár és ballon áthúzásával nagy mennyiségű koleszterin törmelék és kő ürült. A beavatkozást szövődmény nem kísérte, a beteg klinikuma és leletei is javulást mutattak, óvatos betáplálást kezdtünk. ERCP után 2 nappal a betegnél mellkasi panaszok jelentkeztek, melyek kezdetben nem jártak Troponin T emelkedéssel, majd CK emelkedés és EKG eltérés nélküli magas érzékenységű Troponin T emelkedést észleltünk. Másnap a beteg panaszai újból jelentkeztek, ekkor emelkedett Troponin értéke mellett negatív T hullámok jelentek meg a csúcsi és mellkasi elvezetésekben. Kardiológiai konzílium értelmében ASA, LMWH, sztatín, nitrát és oxigén terápia indult, majd non-q myocardialis infarctus gyanúja miatt az aktuálisan ügyeletet PCI központba helyeztük a beteget. Az elvégzett coronarographia alapján beavatkozás nem volt szükséges, a bal anterior descendens koszorúsáron nem szignifikáns stenosis ábrázolódott. Echocardiographián enyhén csökkent szisztolés funkciója bal kamra volt látható. A csúcsi falmozgászavar hátterében Takotsubo cardiomyopathiát vélelmeztünk. Az antihipertenzív, trombocita-aggregáció gátló terápia beállítását követően panaszmentesen emittáltak, rendszeres kardiológiai gondozás mellett azóta is aktív, tünetmentes. A Takotsubo cardiomyopathia a bal kamra csúcsi részének átmeneti hypokinesise, melynek hátterében objektív coronariastenosis nem igazolható. Rendszerint a mozgászavar napok vagy hetek alatt megszűnik, hátterében koszorúerek microvascularis diszfunkcióját, catekolamin toxicitást feltételeznek. Kialakulása fizikai vagy rendszerint kifejezett emocionális stressz hatásához köthető – ezért „megtört szív szindrómának” (broken heart syndrome) is nevezik. Előfordulása gyakoribb nőknél, postmenopauzában és szoros összefüggést mutat a depresszióval.

162

GASTRIC ANTRAL VASCULAR ECTASIA: CLINICAL ASPECTS AND TREATMENT WITH ARGON PLASMA COAGULATION

Sepsi B.¹, Tóth L.¹, Magyarosi D.¹, Balog I.¹, Pécsi D.¹, Kokas M.¹, Pécsi G.¹, Karolina Kórház és Rendelőintézet Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia¹

Background: Gastric antral vascular ectasia (GAVE) is one of the most common vascular lesion in the gastrointestinal tract, which most of the time can be the source of occult bleeding. The lesion

is most common in patients suffering from liver cirrhosis, but other diseases can also be the cause. The diagnosis and classification of GAVE is based upon endoscopic imaging and location.

Aim and methods: In our retrospective study we analysed the clinical aspects of our patients diagnosed with GAVE between 2016-2017, and studied the effectiveness of argon plasma coagulation (APC) in occult bleeding. **Results:** In these 2 years we diagnosed 22 patients with GAVE (with an average age of 74.5 years, min.: 42 years – max. 92 years, men:women = 13:9). Regarding the association with other diseases, 8 patients suffered from liver cirrhosis, 3 from autoimmune disease, 3 from chronic renal failure, 5 from vitium, and 3 did not suffer from any significant underlying medical conditions. 10 patients suffered from anemia and occult GI bleeding. 4 patients needed blood transfusion, and on 6 patients we used iron supplementation. In these cases we used APC treatment on average 2.9 times (min.: 1, max.: 7). The endoscopic eradication of the vascular lesions were successful in 9/10 cases. In 8 case the hemoglobin value was normalized. In 2 cases patients needed further blood transfusions, because of accompanying diffuse small intestine angiodysplasia. There were no complications. **Conclusion:** The GAVE is a rare lesion, which can be identified with endoscopic imaging. In our study, mostly older and male patients were diagnosed with GAVE. Also 1/3 of the patients suffered from liver cirrhosis, and half of the patients suffered from other severe underlying medical conditions. In all cases occult gastrointestinal bleeding was found, which in 50% of the cases lead to anemia. APC treatment is effective and safe for GAVE treatment.

163

BETEGELLÁTÁS AZ AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN MARKUS KRANKENHAUS GASZTROENTEROLÓGIAI ENDOSZKÓPOS RÉSZLEGÉN

Sepsi V.¹, Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken Markus Krankenhaus¹

Németországban a statisztikai adatok szerint 2017-ben körülbelül 700. 000 volt a gasztroenterológiai megbetegedésben szenvedő betegek száma. Az AGAPLESION FDK Markus Kórháza jelentős szerepet tölt be Hessen tartományban, ezen betegek ellátásában. 2017-ben mintegy 15.000 beteg részesült diagnosztikai és/vagy terápiás beavatkozásban kórházunkban. A betegségek diagnosztizálása és kezelése gyakran komplex szakterületeken átívelő, interdiszciplinális együttműködést igényel a gyógyító szakmai munkacsoportoktól. Az I.számú Belgyógyászati Klinika ennek a feladatnak tesz eleget sikeresen szembenézve azokkal a szakmai, szervezési és strukturális kihívásokkal, melyeket ezen ellátás komplexitása magában hordoz. Az előadás tárgya a Gasztroenterológiai Endoszkópos részleg példáján bemutatni egy innovatív, magas szakmai kompetencia háttérre támaszkodó sikeres ellátási modell működését a gasztroenterológiai megbetegedések kezelésében.

164

CLAMYDIA TRACHOMATIS INFECTIO SZEREPE AZ IBD DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS KEZELÉSÉBEN

Sike R.¹, Balla E.², Pártos G.¹, Kovács K.³, Kádár P.³, Demeter P.¹, Szent Margit Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Budapest¹, Országos Epidemiológiai Központ, II. Bakteriológiai Osztály², Szent Margit Kórház, Patológiai Osztály, Budapest³

Bevezetés: A proctitis differenciál diagnosztikája esetenként nehéz feladat elé állítja a gasztroenterológust. Etiológiai szempontból leggyakrabban az ismeretlen eredetű gyulladásos bélbetegségek (IBD) kapcsán számolhatunk vele. Egyéb kóroki tényező lehet a szexuálisan közvetített fertőző ágens. Chlamydia trachomatis, mely lehet non- lymphogranuloma venereum törzs és LGV (lymphogranuloma venereum) kórokozó egyaránt, gyakran tünetmentes fertőzésként fordul elő MSM (men who have sex with man) paciensekben. Ritkábban proctitis tünetek kialakulását eredményezi, melynek a klinikuma és endoszkópos képe sokszor megkérdőjelezhető utánozza a proctitis ulcerosa jellemzőit. **Célkitű-**

zés: A szerzők 3 eset bemutatása során ismertetik az IBD tüneteivel járó Chlamydia trachomatis infectio típusait, a fertőzés folyamatát, a diagnosztika és a differenciál diagnosztika lépéseit valamint a terápiát és annak jelentőségét. **Következtetés:** Habár a Chlamydia trachomatis okozta proctitis incidenciája és prevalenciája folyamatosan nő, célzott diagnosztika hiányában továbbra sem ismert a gyakorisága a gasztroenterológiai ambulanciákon és osztályokon. Azokban az MSM paciensekben, akiknél ulceratív proctitis igazolódik az endoszkópia során, mindenképpen megfontolandó a HIV és hepatitisz szerológiai vizsgálat elvégzése mellett a canalis analis területéről nyert minta Chlamydia DNS vizsgálata a pontos diagnózis érdekében, valamint az adekvát kezeléssel a Chlamydia trachomatis okozta proctitis esetén a súlyos szövődmények kialakulása megelőzhető.

165

ILEUM DUPLEX – RITKA ELVÁLTOZÁS OKOZTA DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI KIHÍVÁS

Simon B.¹, Berki L.¹, Lukovich P.¹, Virág Z.³, Szabó H.², Sebészeti Osztály, Szent János Kórház, Budapest¹, Patológiai Osztály, Szent János Kórház, Budapest², Gasztroenterológia, Mária Medical, Budapest³

Bevezetés: A hatékonyabbnak tartott biológiai terápiák ellenére a Crohn-betegek 70 %-ánál szükségessé válik valamilyen műtét életük során. Esetismertetés: 23 éves nőbetegnél akut hasi panaszok miatt 2011-ben appendicitis, jobb oldali adnexitis miatt kezdték vizsgálatok a jobb ovarium mögött cystosus, élénken perisztaltikázó képletet találtak. Ekkor obszerváció és konzervatív terápia mellett panaszai enyhültek. Újabb akut fellángolás kapcsán gasztroenterológiai kivizsgálás kezdődött. CT és korábbi nőgyógyászati UH-kon látott nőgyógyászatnak vélt cystosus képlet miatt nőgyógyászati diagnosztikus laparoszkópia történt. Ez a kismencedei képleteket épek találta, korábban leírt képletet tárgult bélszakasznak véleményezte. Ezután ambulánsan végzett colonoscopia során a terminalis ileumot intubálták, ahol gyulladást találtak, ezért biopszia történt, melynek szövettani vizsgálata Crohn betegséget igazolt. Emiatt gyógyszeres kezelés kezdődött (2x2g Pentasa, 100 mg Imuran, 1t. Folsav, 1 cpsl. Cetebe, 40 mg Pantacid Flux, Modulon IBD tápszer) melyre panaszai enyhültek. Nőgyógyászati kontrolljai kapcsán 2015-ben nőgyógyászok jobb oldali cystectomyt végeztek, szövettan ovarialis endometriosiszt igazolt. 2017 november közepén 3 napos fokozódó jobb alhasi panaszok, láz miatt hasi UH vizsgálat történt, mely a jobb alhasban intramuralis tályogot írt le. A beállított konzervatív terápia (3x500mg Klion per os) ellenére panaszai progrediáltak, UH a tályog méretének növekedését írta le, ezért a beteget acutan megoperáltuk. A műtét során az ileumban a mesenterium irányába propagáló körülírt elváltozást találtunk, ileocecalis rezekciót végeztünk. A patológiai vizsgálat ileum duplexet igazolt, Crohn betegségre jellemző gyulladást nem talált. **Megbeszélés:** A gasztrointesztinális duplikációk ritka veleszületett rendellenességek, amelyek 80 %-ára még 2 éves kor előtt fény derül. A béltraktus bármely szakaszán előfordulhatnak, de leggyakrabban az ileumon. Lehetnek tubulárisak, vagy cisztózusak, és általában a mesenteriumba ágyazottan helyezkednek el, így más okból történt műtét során sem igazán kerülnek felfedezésre.

166

FUNKCIONÁLIS BETEGSÉG ROSSZ PROGNÓZISSAL

Suga B.¹, Bakucz T.¹, Szamosi T.¹, András P.¹, Zsigmond F.¹, Herseyényi L.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ - Gasztroenterológia Osztály¹

Az 50 éves 10 éve antireflux műtéten átesett nőbetegnek 3 éve kezdődtek hasi fájdalmai, melyet több alkalommal is vizsgáltak. A három alkalommal is elvégzett gastroscopia során GERD és hiatus hernia igazolódott, melyre PPI terápiát kezdtek. Coeliakia, laktóz intolerancia és Helicobacter pylori fertőzés is felmerült, melyek nem igazolódtak. Panaszaira nagy mennyiségű NSAID szert szedett rendszeresen, melyre fájdalmai enyhén csillapodtak, de

teljesen nem múltak el. Hasi panaszait láz, hidegrázás nem kísérte, hányingere, hányás viszont gyakran előfordult. Diffúz panaszai miatt pszichiátriai kezelésre is sor került, mely során SNRI kezelést állítottak be. Laboratóriumi és képalkotó vizsgálatokra ebben az időszakban nem került sor. A beteg fokozódó hasi panaszai miatt jelentkezett sürgősségi osztályunkon. Sürgősségi hasi ultrahang vizsgálat során a máj bal lebenyében egy 22x32 mm-es egyenetlen kontúrú echodús képlet volt megfigyelhető, míg a jobb lebenyben több 11-30 mm-es echoszegény, jól körülhatárolt képlet ábrázolódott. Laboratóriumi paramétereiben az emelkedett epeúti obstrukciós enzimeken kívül kóros eltérést nem igazolódott. A fenti novum eltérésekre való tekintettel kivizsgálás céljából osztályunkra felvettük. Gastroscopia során a corpus felső harmadában a hátsó fal, kisgöbületi oldalon vérzékeny idegenszövet volt látható, innen szövettani mintát vettünk. Az idegenszövet elhelyezkedéséből és a hasi ultrahangon leírt kép alapján a májfolyamat gyomorba törését valószínűsítettük. CT vizsgálat nagyméretű, környezeti terjedést és a gyomorba terjedés jeleit mutató pancreas farki primer neoplasiát írt le, multiplex májmetastasisokkal. A folyamat involvált és elzárta a véna lienalist, a gyomor és a hasfal között collaterálisok alakultak ki, a szabad folyadék pedig felvette peritoneális érintettség lehetőségét. Időközben levett tumormarkerek közül a Ca19-9, CEA, AFP, CA-125 is emelkedettnek bizonyult. A gyomorból több alkalommal is vett szövettani minta intestinalis metaplasziának felelt meg, malignitást nem igazolt. Pontos szövettani mintavétel céljából, ultrahang vezérelt májbiopszia történt, mely adenocarcinomát igazolt, a beteg azóta onkológiai kezelésben részesül. A hosszú ideje fennálló, terápiarezisztens panaszok progressziója esetén minden esetben a struktúrális/organikus elváltozás lehetőségét ki kell zárni, akár a korábban elvégzett alapvizsgálatok megismétlésével.

167

CHARLSON COMORBIDITY INDEX IS AN EXCELLENT PREDICTOR OF OUTCOMES IN ACUTE PANCREATITIS

Szakács Z.¹, Pécsi D.¹, Izbéki F.², Papp M.³, Kovács G.⁴, Farkas H.⁵, Gede N.¹, Kui B.⁶, Szabó L.⁷, Galeev S.⁸, Gervain J.², Takács T.⁶, Sarlós P.⁷, Gódi S.⁷, Hegyi P.¹, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary², Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary³, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁴, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania⁵, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary⁶, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁷, Saint Luke Clinical Hospital, St. Petersburg, Russia⁸

Introduction: Sporadic reports indicated that comorbidities may affect the course of acute pancreatitis (AP). Here we tested the use of Charlson Comorbidity Index (CCI) for the prediction of mortality and severity in AP. **Methods:** Data on comorbidities of patients with AP were extracted from the Hungarian National Pancreas Registry to calculate CCI covering 19 items on pre-existing chronic or prior severe acute diseases (e.g., cerebrovascular diseases and malignant tumors), along with data on mortality and severity of AP. Following the calculation of means and SD, Mann Whitney and Kruskal-Wallis tests were used to compare means of continuous variables (CCI). Odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs) were calculated on logistic regression from categorical variables (mortality and severity of AP, items of CCI). **Results:** 1435 subjects' data were available, of them 1203 (83%) were eligible for calculating CCI. Mean CCI was 1.37±1.62. Patients died in AP had higher CCI compared to that of survivors (2.40±2.00 vs. 1.35±1.61, respectively; p=0.001), as did those with severe AP compared to moderate and mild cases (1.88±1.83 vs. 1.38±1.53 vs. 1.32±1.63, respectively; p=0.018 and p=0.006). On logistic regression, CCI predicted mortality (OR=1.291, CI: 1.086-1.535; p=0.004) and severity (OR=1.183, CI: 1.043-1.342; p=0.009). Malignancies did not predict severity but predicted mortality

(OR=2.916, CI: 1.074-7.918; p=0.036). In terms of severe AP, cerebrovascular diseases proved to be a significant predictor (OR=2.094, CI: 1.100-3.989; p=0.025). **Conclusion:** CCI proved to have a significant impact on the outcomes, therefore, we recommend the incorporation of CCI into the predictive scores of AP.

168

FOLLOW-UP HISTOLOGY HAS A LIMITED PROGNOSTIC ROLE IN COELIAC DISEASE – A SYSTEMATIC REVIEW WITH META-ANALYSIS

Szakács Z.¹, Gede N.¹, Gyöngyi Z.², Solymár M.¹, Csopor D.³, Erőss B.¹, Vincze Á.⁴, Mikó A.¹, Vasas A.³, Szapáry L.¹, Dobszai D.¹, Balikó V.¹, Hágendorn R.⁴, Hegyi P.¹, Bajor J.⁴, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Department of Public Health Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary², Department of Pharmacognosy, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Division of Gastroenterology, 1st Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴

Background: Convincing evidence is lacking on the benefit of follow-up biopsy in coeliac disease. Regardless, achieving mucosal recovery (MR) has remained a desirable goal of therapy. We aimed to conduct a systematic review with meta-analysis to determine whether achieving MR has a favourable effect on the long-term outcomes of coeliac disease. **Methods:** Seven databases were searched for articles discussing coeliac patients subjected to a gluten-free diet who had a follow-up biopsy. To be eligible, articles were required to report clinical outcomes of patients achieving MR and those failing to achieve it separately. Outcomes included mortality, malignancies, clinical symptoms, nutritional parameters, and metabolic bone disease. Data on clinical symptoms were further analysed among adults. Odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs) were calculated. Heterogeneity was tested using I² statistics. **Results:** Of 29 studies included in systematic review, 16 were eligible for meta-analysis. Although MR reduced unadjusted mortality (OR=0.49, CI: 0.41-0.57; I²=6.1%), analyses adjusted for covariates of the individual studies did not suggest such an effect. Patients achieving MR were less likely to remain symptomatic (OR=0.56, CI: 0.38-0.82; I²=83.5%), particularly adults (OR=0.40, CI: 0.26-0.62; I²=82.0%). The prevalence of malignant tumours and nutritional parameters proved to be independent of follow-up histology. Metabolic bone disease seems to be more common in patients failing to achieve MR (review only). **Conclusions:** MR seems to be protective against persisting symptoms and metabolic bone disease but does not influence mortality, the prevalence of malignant tumours and nutritional parameters. Hence, the prognostic value of follow-up histology is limited.

169

ENDOSCOPIC INTERVENTION FOR PANCREATIC FLUID COLLECTIONS HAS BETTER OUTCOMES THAN PERCUTANEOUS OR SURGICAL DRAINAGE- A META-ANALYSIS

Szakó L.¹, Mátrai P.², Hegyi P.¹, Erőss B.¹, Szakács Z.¹, Márta K.¹, Pécsi D.¹, Vincze Á.³, University of Pécs, Institute of Translational Medicine, Pécs, Hungary¹, University of Pécs, Institute of Bioanalysis, Pécs, Hungary², University of Pécs, First Department of Medicine, Pécs, Hungary³

Objectives Inflammatory pancreatic fluid collections are common complications of both acute and chronic pancreatitis. They may be drained endoscopically (ED), percutaneously (PD) or surgically (SD) with diverse efficacy. Several retrospective and case control studies but only a limited number of randomized trials compared the outcomes of these treatment modalities. **Methods** A meta-analysis was performed using the preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocol. A comprehensive literature search was conducted until November 2017 to identify studies comparing at least two of the treatment options regarding mortality, clinical success, recurrence, complications and length of hospitalisation (LoH). Initially, 1248 and 2539 articles were identified in Embase and PubMed, respectively, but

only 25 studies were suitable for the meta-analysis. The meta-analysis is registered at PROSPERO under CRD42018079200. **Results** ED provided a higher rate of clinical success (OR = 4.10; 95%CI 1.76, 9.54; p = 0.001) and lower postoperative LoH (weighted mean difference (WMD) = -21.23; 95%CI -37.09, -5.37; p = 0.009) compared to PD based on 6 studies (including 650 and 166 patients, respectively). The postoperative LoH (WMD = -4.42; 95%CI -6.05, -2.80; p < 0.001) was shorter after ED than after SD based on 14 studies (including 789 and 750 patients, respectively). The recurrence and complication rates were higher (OR = 10.30; 95%CI 2.78, 38.18; p < 0.001 and OR = 3.29 95%CI 1.39, 7.77; p = 0.007, respectively), while the clinical success rate was lower (OR = 0.12; 95%CI 0.07, 0.21, p < 0.001) in PD compared to SD based on 11 studies (including 8404 and 7161 patients, respectively). **Conclusion** ED and SD are equally effective in the treatment of inflammatory pancreatic fluid collections, but ED is associated with shorter LoH. PD has lower success rate compared to the other modalities.

170

SURFACE MAPPING WITH A COMPUTER ASSISTED ROBOTIC AUTOSCAN PROGRAM OF A NEW MAGNETICALLY CONTROLLED GASTRIC CAPSULE ENDOSCOPY SYSTEM COMPARED TO MANUAL CONTROLLING - AN INVITRO STUDY

Szalai M.¹, Oczella L.¹, Lovász B.², Madácsy L.¹, ENDO-KAP-SZULA MAGÁNORVOSI CENTRUM, SZÉKESFEHÉRVÁR¹, SEMMELWEIS EGYETEM, I. SZÁMÚ BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA, BUDAPEST²

Introduction: Capsule endoscopy is a non-invasive method to exam the mucosal surface of the gastrointestinal tract. In the diagnosis of small bowel diseases, it is the gold standard in various indications since 2001. The examination of the stomach with small bowel capsule endoscopy system was not possible because we could not navigate the capsule through the entire lumen. Since 2013 there is a new magnetically controlled capsule endoscopy system (Navicam) which allows precise intraluminal navigation and positioning therefore, ensures a complete examination of the stomach. **Aims & Methods:** We tested the new Navicam magnetic capsule endoscopy system in a plastic gastric model to compare the robotically controlled autoscan program modules and the free hand examination. Our study aimed to analyze whether the autoscan modules or the free hand capsule controlling method is superior in the inner surface mapping of the plastic stomach model. We put on 12 different colored rings externally on the model (one-one on the anterior-posterior wall of the fundus, corpus and antrum, one around the cardia and pylorus, one on the angulus and three on the greater curvature) with different numbers in each quarter on the surface of the model. We make five tests in small and medium-sized stomach and five in medium and large stomach module with the autoscan function and five tests with free-hand controlling done by five previously trained GI fellows. We analyzed the effectivity of the surface visualization with the total sum of the numbers on the colored rings on the capsules video. **Results** The complete 100% visualization of the inner surface of the plastic stomach model with the medium and large stomach auto scan program module and with the free-hand controlling method could successfully achieved in all tests. With the small and medium stomach mode we could observe only the 97,5% of the inner surface, because of the incomplete visualization of the prepyloric region. The doctors for the first try can see the 76,0%, at the second time the 85,4% of the numbers averagely. With free hand method we needed nearly twice as much average time (749 seconds) to make complete examination as compared to the robotic maneuvering with auto scan program (390 seconds). **Conclusions:** Magnetically controlled gastric capsule endoscopy system and autoscan program module are promising tools to visualize the entire mucosal surface of the stomach non-invasively. The NaviCam magnetically controlled capsule examination of the stomach without discomfort and sedation can provide a new dimension of upper gastrointestinal screening programs and can help to lower the mortality of gastric cancer.

171

DOES DRUG LEVEL MONITORING HELP US TO UNDERSTAND THE MECHANISM BEHIND THE SUPERIORITY OF COMBO THERAPY IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES?

Szántó K.¹, Szijártó A.², Fábán A.¹, Bor R.¹, Bálint A.¹, Farkas K.¹, Milassin Á.¹, Szepes Z.¹, Földesi I.³, Kata D.³, Mezei Z.⁴, Lovas S.⁵, Palatka K.⁵, Molnár T.¹, 1st Department of Internal Medicine Szeged, University of Szeged¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged², Institute of Laboratory Medicine, Szeged³, Department of Laboratory Medicine, University of Debrecen Clinical Centre⁴, 2nd Department of Internal Medicine, University of Debrecen⁵

Background: Clinical data suggests a synergistic effect between thiopurine and anti-tumour necrosis factor (anti-TNF) therapy in IBD. In previous studies, azathioprine (AZA) metabolites and biological drug trough levels have not been investigated simultaneously to verify the mechanism behind the favourable outcomes. **Methods:** This prospective, cross-sectional study aimed to evaluate potential correlation between AZA metabolite (6-thioguanine nucleotide; 6-TGN) levels and anti-TNF drug (infliximab [IFX] and adalimumab [ADA]) serum trough levels. Consecutive IBD patients on maintenance AZA and on IFX/AZA or ADA/AZA combinations were prospectively enrolled. Anti-TNF trough levels were compared in pair-matched control patients by activity indices on IFX or ADA monotherapy with those on combined IFX/AZA or ADA/AZA therapy using one-way analysis of variance. Significance of correlation between 6-TGN level in patients on AZA monotherapy and those on combination therapy (IFX/AZA or ADA/AZA) was also assessed. **Results:** A total of 64 consecutive (43 CD, 21 UC) patients were involved, average disease duration was 11.5 years. Every patients were on maintenance AZA and 34 patients received concomitant biological therapy (14 ADA, 20 IFX). No significant difference was found between IFX trough levels in those on combined IFX/AZA therapy and in those on IFX monotherapy (5.34±2.95 mcg/ml vs. 7.32±9.68 mcg/ml, p=0.526) (N=9, respectively). Similar results were found in case of ADA trough levels (6.71±2.98 mcg/ml for ADA monotherapy vs. 5.87±5.40 mcg/ml for combined ADA/AZA therapy, p=0.798), (N=6, respectively). 6-TGN levels were lower in patients on combined IFX/AZA and ADA/AZA therapy (337±136 pmol/8x10⁸ RBC and 341±114 pmol/8x10⁸ RBC, respectively) compared to those on AZA monotherapy (416±170 pmol/8x10⁸ RBC). A slight negative correlation could be observed between 6-TGN levels and both IFX and ADA levels in patients on combination therapy (correlation coefficient 0.102 and -0.138 for IFX and ADA, respectively), but none proved to be significant (p=0.688 for IFX, and p=0.639 for ADA). **Conclusions:** Preliminary results of our study suggest that favourable outcomes of thiopurine and anti-TNF combination therapy may not be related to a synergistic effect between AZA metabolites and IFX or ADA trough levels.

172

EMERGENCY ENDOSCOPIES IN ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN HUNGARY-RETROSPECTIVE DATA ANALYSIS

Szántó K.¹, Fábán A.¹, Bor R.¹, Rutka M.¹, Farkas K.¹, Milassin Á.¹, Bálint A.¹, Szepes Z.¹, Kiss J.¹, Róka R.¹, Rosztóczy A.¹, Czákó L.¹, Molnár T.¹, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged¹

Background: Acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is one of the most common cause of emergency endoscopy in gastroenterology. The estimated incidence of UGIB is 89.8 per 100,000 populations based on the literature. After adequate hemodynamic resuscitation it generally recommended that emergency endoscopy should be performed within 24 hours. **Methods:** Patients from the central emergency ambulance in whom urgent gastroscopy was performed due to the diagnosis of melena and/or hematemesis between June of 2014 and June of 2016 were included in our study based on the data coming from MedSolution

database. **Results:** A total of 144 patients were enrolled in our study. Sixty-five patients (45.1%) were admitted to the Emergency Care Unit with hematemesis and 79 patients (54.9%) with melena. Male:female ratio was 99:45, the average age was 67.7 years at the time of admission. Emergency gastroscopy was performed after the admission of Emergency Care Unit within an average of 6.6 hours. In 42 cases (29.2%) no source of bleeding was found. The most common endoscopic findings were: duodenal ulcers in 32 cases (22.2%), gastric ulcer in 28 cases (19.4%), erosive gastritis in 26 cases (18%), erosive oesophagitis in 15 cases (10.4%), erosive duodenitis in 13 cases (9%), polyp/tumour in 10 cases (6.9%) and Mallory-Weiss lesion in 10 cases (6.9%). Forrest classification of the lesions were found: I/A in 4.2%, I/B in 4.9%, II/A in 9.7%, II/B in 15.3%, II/C in 11.1%, III in 24.3%. Endoscopic intervention was performed in 60 cases, 40 cases vasoactive agent injection, hemoclip insertion in 17 and in varix ligation in 3 cases. More than half of the patients received anticoagulant and/or antiplatelet therapy, 22.9 % of the patients received ASA, 22.2% oral anticoagulants and 11.8% clopidogrel. At the time of admission the mean INR was 1.9, the mean hematocrite value was 28.3% and the mean hematocrite value after 48 hours was 29.7%. Seventy four patients (51.4%) without endoscopic intervention and 37 patients (25.7%) with endoscopic intervention required transfusion. **Conclusion:** Our results revealed that UGIB is a common emergency in gastroenterology, mainly among patients on anticoagulant and/or antiplatelet therapy. Transfusion rate was higher in those patients who had no endoscopic intervention.

173

INTRALESIONAL STEROID IS BENEFICIAL IN BENIGN REFRACTORY ESOPHAGEAL STRICTURES: A META-ANALYSIS

Szapáry L.¹, Farkas N.², Hegyi P.¹, Márta K.¹, Tinusz B.¹, Erőss B.¹, Institute for Translational Medicine, 7624 Pécs, Hungary¹, Institute of Bioanalysis, University of Pécs, 7624 Pécs, Hungary²

Introduction Endoscopic dilation is an effective treatment in oesophageal strictures, but recurrences may require frequent and repeated dilations in the long term. Several trials have been conducted to determine the efficacy of intraleisional steroid injection in the treatment of benign refractory oesophageal strictures, since the first pediatric case series was published in 1969. However, a meta-analysis has not been carried out yet. **Aims & Methods** The aim of the analysis is to summarise the results and establish evidence in support or against the complementary treatment. A meta-analysis was performed using the preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P). Two reviewers conducted a comprehensive search on databases from inception to February 2016, to identify trials, comparing the efficacy of dilatation to dilatation combined with intraleisional steroid injection. A meta-analysis was conducted on the data using the random-effects method by DerSimonian and Laird, because of the high level of the heterogeneity. **Results** We found 82 articles in Embase, 299 in PubMed, and 11 in the Cochrane database. Having excluded duplicate articles, case reports, results from non-human and pediatric studies, 11 articles were suitable for analyses altogether, involving 373 patients in total. The periodic dilation index was comparable in 4 studies, where the pooled result showed, that it decreased in the intraleisional steroid plus dilation group (MD: -1.12, 95%CI: -1.99, -0.25 P = 0.012). The total number of repeat dilatations was comparable in 5 studies, where the mean difference was -1.17 as compared to the dilation alone group (MD: -1.17, 95%CI: -0.24, 0.05, P = 0.057). The dysphagia score was comparable in 5 studies, but in this case no significant difference can be observed between the two groups (std. MD: 0.35, 95%CI: -0.38, 1.08, P = 0.351). **Conclusion** Our meta-analysis showed a significant improvement in the periodic dilatation index and total number of repeated dilations in the patients treated by intraleisional steroid injection as well. We recommend the use of intraleisional steroid injection for benign refractory oesophageal strictures.

174

INDETERMINÁLT CHOLEDOCHUS STRICTURÁK DIAGNOSZTIKÁJA – ESETISMERTETÉS

Szegedi L.¹, Kovács J.¹, Dandé G.¹, I. Belgyógyászat, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza¹

Az egyértelműen benignus és malignus choledochus szűkületek mellett elkülöníthető az indeterminált choledochus stricturák csoportja, ami alatt a hagyományos ERCP során elérhető mintavételi eljárásokkal (kefeytológia, intraductalis biopszia) egyértelműen nem diagnosztizálható szűkületeket értünk. Ezen esetek további tisztázására alkalmas az epeutak pontosabb vizsgálatára kifejlesztett intraductalis cholangioscopia. Az eljárás alatt közvetlenül a ductus choledochusba vezethető eszközt értünk, ami direkt vizualizációt tesz lehetővé. Ezáltal többek között lehetővé válik célzott biopszia vétele, ami nagyobb diagnosztikus pontosságot eredményez. Az eljárás egyik formája során a duodenoscopy munkacsatornáján keresztül cholangioscopot vezetünk az epeútrendszerbe, másik formájában egy ultravékony endoszkóp szájon keresztüli levezetése történik. Előzetes sphincterotomia mindkét esetben szükséges, valamint vezetődrótt használata is javasolt. A nyíregyházi Jósa András Oktatókórház I. Belgyógyászat Gasztroenterológiáján 2017. július 1. óta végzünk cholangioscopes vizsgálatokat. Az elvégzett 14 vizsgálatból 6 esetben volt a diagnózis az indeterminált strictura. Esetismertetésünkben M. M. 31 éves fiatal betegünk kórtörténetét mutatjuk be.

In addition to the obviously benign and malignant common bile duct (CBD) strictures there is a so called indeterminate CBD strictures group, that covers those which cannot be definitely diagnosed with conventional ERCP sampling methods (brushing, intraductal biopsy). In these cases intraductal cholangioscopy is more suitable for a more accurate diagnosis. As a special endoscopic method a device is directly inserted into the CBD allowing direct visualisation. This allows targeted biopsies resulting greater diagnostic accuracy. One form of the procedure is to introduce a cholangioscope into the bile duct via the accessory channel of the duodenoscopy, the other possibility is introducing an ultraslim endoscope through the mouth. Previous sphincterotomy is required in both cases, and the use of a guide wire is also recommended. Since 1. July 2017 we have performed 14 cholangioscopies in our department. 6 of the 14 examined cases were diagnosed as indeterminate stricture. We present the medical history of M. M. 31 year old young patient in our case report.

175

ULTRASOUND EXAMINATION IN PATIENTS SUFFERING FROM IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Székelly G.¹, Schnabel T.¹, Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

Objective: Irritable bowel syndrome produces no specific signs at ultrasound examination. However, the patients with this disease show some structural changes concerning IBS. **Method and patients:** Patients with clinical signs of IBS were examined by abdominal US and colonoscopy as well. The routine US examination consists of the observation of the bowel wall abnormality. The thickening of bowel wall can be the sign of inflammatory process or malignancy. The differential diagnosis made by endoscopy and patients with other condition were excluded from this study. Patients who have potentially serious symptoms like in stool, weight loss, recurrent fevers, anemia, and chronic severe diarrhea and family history of colorectal cancer, need prompt further investigation. **Case demonstrations:** Patients with typical clinical signs of IBS were examined by 2D and color Doppler ultrasound and colonoscopy as well. The clinical signs and laboratory data supported the diagnosis. Ultrasound examination found normal wall thickness of observed area of the colon. However, segmental hyperperistalsis could be observed. The compression sign with the ultrasound head indicated increased sensitivity of this region of colon. The colonoscopy caused more intense pains for these patients and they needed injection which caused pain relief. **Conclusions:** The current evidence guiding the performance of

ultrasound imaging in patients with irritable bowel syndrome is insufficient; no systematic review focusing solely on IBS exists in the literature, therefore further study is required. Transabdominal ultrasound is now sufficiently sophisticated to allow assessment of all abdominal viscera for associated pathology, and this study was designed to evaluate its role in the diagnosis of IBS. The US signs of hyperperistalsis and tenderness of colonic region can be adequate indications for pain relief medications at colonoscopy.

176

MIR-224 EXPRESSZIÓJÁNAK VIZSGÁLATA KOLANGIOKARCINOMÁBAN

Szekerczés T.¹, Coati L.², Fassan M.², Schlachter K.³, Lendvai G.¹, Csengeri M.¹, Borka K.¹, Schaff Z.¹, Kiss A.¹, Semmelweis Egyetem 2. sz. Patológiai Intézet, Budapest¹, Department of Medicine, Surgical Pathology Unit, University of Padua, Italy², Országos Onkológiai Intézet, Budapest³

Bevezetés: A mikroRNS-ekről (miR) elmondható, hogy befolyásolják a sejtosztódást, jelátvitelt, differenciálódást és a daganatok progresszióját. A primer májdaganatokról pedig köztudott, hogy miR profiljukban jelentősen különböznek. A miR-224 az egyik leggyakrabban vizsgált miR; fokozott expressziója összefüggésbe hozható a karcinogenezissel. Például hepatocelluláris karcinóma (HCC) esetében a sejtek proliferációján túl részt vesz a sejtek migrációjában, inváziójában, apoptózisban, sőt prognosztikai értékkel is bír. Ezzel szemben kolangiokarcinóma (CC) esetében a miR-224-re vonatkozó vizsgálatok elenyészőek, információink korlátozottak szabályozó szerepét tekintve. Célkitűzésünk volt a miR-224 expressziójának vizsgálata CC-ben, illetve összehasonlítása a máj egyéb elváltozásaiával. **Módszerek:** A Semmelweis Egyetem 2. sz. Patológiai Intézet archivumból származó paraffinba ágyazott 43 HCC-ből, 63 CC-ből és összesen 91 környező tumormentes területből, 13 hepatocelluláris adenomából (HCA), 15 fokális noduláris hiperpláziából (FNH), valamint 47 normál szövetből összesen 12 szöveti multiblokkot készítettünk. A miR-224 expressziót a padovai egyetem patológiai intézetével történő kollaboráció keretében határoztuk meg in situ hibridizációval, amelyhez 5'-digoxigenin jelölt LNA próbát (Exiqon) alkalmaztunk. A citoplazmatikus miR-224 festődést szemikvantitatívan értékeltük. Az adatokat Mann-Whitney és Wilcoxon tesztekkel elemeztük, a túlélési görbék készítéséhez Kaplan-Meier módszert alkalmaztunk. **Eredmények:** A normál májhoz viszonyítva megnövekedett miR-224 szintet detektáltunk HCC-ben, HCA-ban és FNH-ban ($p < 0,01$). CC-ben szintén emelkedett miR-224 expressziót figyeltünk meg a környező területekhez és normál májhoz viszonyítva ($p < 0,01$). CC mutatta a legmagasabb miR-224 expressziót a többi májlézióhoz képest ($p < 0,01$). Etiológia tekintetében a miR-224 expressziója szignifikánsan magasabb volt mind az ismert mind az ismeretlen eredetű HCC mintákban a környező szöveti párjaikhoz viszonyítva. Továbbá emelkedett miR-224 expresszió rövidebb teljes túléléssel társult CC esetében. **Következtetések:** Összehasonlítva a vizsgált májelváltozásokat, CC-ben detektáltuk a legmagasabb miR-224 expressziót. A magas miR-224 expresszió összefüggése a rövidebb túléléssel felveti annak lehetőségét, hogy a miR-224 fontos lehet a CC prognózisának meghatározásában. A projekt az OTKA K108548 támogatásával zajlott.

177

A MÁJKAPOI ÉS INTRAHEPATICUS EPEÚTI ELZÁRÓDÁST OKOZÓ TUMOROK TÖBBSZÖRÖS STENTELÉSÉNEK NEHÉZSÉGEI, ASSZISZTENS SZEMSZÓGBÓL, KÉT ESETÜNK KAPCSÁN

Szelezsán J.¹, Seres L.², Paskó K.², Fülekiné Veres M.², Horvát G.², Makai G.², Bugát Pál Kórház Gyöngyös¹

A májkapui és intrahepaticus epeúti elzáródást okozó tumorok (Kaltskin-Bismuth I–IV, primaer vagy secunder májtumorok) kezelése mindig nagy problémát jelent. A kiterjedésétől függően a legtöbb esetben műtét nem jöhet szóba. Ekkor az endoscopy team feladata a beteg palliatív ellátása. A mechanikus icterust meg kell oldani, mert mély icterusban az onkoterápiás kezelés sem jöhet

szóba. Az ERCP során törekedni kell mindhárom májleány szeliktív stentelésére. A vizsgálat során mindig nehéz a májleányokhoz vezető, rendszerint rugalmasan, teljesen, vagy csaknem teljesen elzáródott ductus hepaticus-ok külön drainálása, azokba a megfelelő vastagságú és hosszú stentek behelyezése. A beavatkozás mindig összetett team munka! A sikeressége egyaránt függ a beavatkozást irányító orvostól és az asszisztenciától. Két inoperábilis esetünk kapcsán tárgyaljuk a vizsgálat nehézségeit. Első esetünkben mindhárom, másodikban két májleányba lehe-tett stentet behelyezni. A betegek sárgasága bár lassan, de fokozatosan csökkent.

178

CALPROTECTIN VIZSGÁLAT DIFFERENCIÁL DIAGNOSZTIKAI ÉRTÉKE KÓRELŐZMÉNY NÉLKÜLI BETEGEKBEN

Szemes K.¹, Vincze Á.¹, PTE KK I.sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék¹

Bevezetés: A széklet calprotectin teszt alkalmas a gyulladásos bélbetegségek (IBD) követésére, illetve funkcionális és organikus bélbetegségek differenciál diagnosztikájára. **Módszerek:** Retrospektíven 250 beteg adatait elemeztük, akiknél 2014 és 2017 között klinikánkon calprotectin tesztet végeztünk. **Eredmények:** A 250 vizsgálatból 53 (21,2%) történt IBD követése, 197 (78,8%) differenciál diagnosztika céljából. A differenciál diagnosztikus csoportban 89 esetben lett pozitív a széklet calprotectin eredménye. A pozitív calprotectin esetek között 15 újonnan felfedezett IBD volt (16,9%): 8 esetben ileitis terminalis, 3 esetben CD gyanú, 2 esetben colitis ulcerosa, 1 esetben Crohn-colitis, 1 esetben mikroszkopikus colitis. A negatív eredményű, nem IBD-s betegek közül csak 9 esetben (8,4%) végeztünk colonoscopiát, ami 5 esetben negatív eredményű, 4 esetben nem gyulladásos eltérést mutatott (polyp, fissura). További vizsgálatok alapján a negatív calprotectin eredményű betegek között legnagyobb arányban funkcionális bélbetegség (IBS) (32,3%), kis esetszámban coeliakia (3,2%), laktóz intolerancia (9,7%), dysbacteriosis (8,1%) igazolódott. **Következtetés:** A széklet calprotectin teszt IBD követése mellett differenciál diagnosztikára is jól használható. Belsőpanaszokkal vizsgált kórelőzmény nélküli betegeknél negatív eredmény esetén az endoszkópos vizsgálat az esetek döntő többségében elkerülhető, míg pozitív esetekben jelentős arányban igazolható IBD.

179

METABOLIC SYNDROME ELEVATES THE RISK FOR MORTALITY AND SEVERITY IN ACUTE PANCREATITIS

Szentesi A.¹, Páncsik A.¹, Vincze Á.⁴, Bajor J.⁴, Gódi S.⁵, Sarlós P.⁴, Gede N.¹, Izbéki F.⁶, Halász A.⁶, Márta K.¹, Dobszai D.¹, Török I.⁷, Papp M.⁸, Varga M.⁹, Hegyi P.¹, University of Pécs, Institute for Translational Medicine, Pécs, Hungary¹, University of Szeged, First Department of Medicine, Szeged, Hungary², Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary³, University of Pécs, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Pécs, Hungary⁴, University of Pécs, Division of Translational Medicine, First Department of Medicine, Pécs, Hungary⁵, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary⁶, Mures County Emergency Hospital, Targu Mures, Romania⁷, University of Debrecen, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, Debrecen, Hungary⁸, Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary⁹, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary¹⁰

Background: Several studies have confirmed that obesity (BMI>30) increases the severity and mortality of acute pancreatitis (AP), however, no information is available whether its effect is independent or joint with the components of metabolic syndrome (MS). **Objectives:** Our aim is to understand whether obesity is an independent risk factor for mortality and severity of AP. **Methods:** The Hungarian Pancreatic Study Group has prospectively collected clinical data from patients suffering from AP between 2012 and 2017. Our cohort contains 1435 cases of which 906 cases from 26 centers had information on all four components of MS. Patient groups were formed retrospectively based on the WHO

classification of BMI and the presence of the components of MS, namely obesity, hypertension, hyperlipidemia and diabetes. Logistic regression was performed to analyze the independent effects of these four factors. **Results:** The obesity prevalence in our AP cohort is 29.5%, it is representative of the Hungarian population (prevalence of obesity: 30.0%). High BMI is directly associated with higher rates of severity, mortality and necrosis of AP, respiratory and renal failure and more severe comorbidities. The prevalence of diabetes, hypertension and hyperlipidemia are growing with higher BMI. The rate of severe AP elevates with the number of affected components of MS (2.6%, 4.7%, 6.1%, 8.5% and 6.0% with 0, 1, 2, 3 and 4 components respectively), however, the increase was significant only in case of three components of MS compared to cases without any MS components (OR=3.439 95% CI: 1.145-10.328). In a logistic regression model, out of the four components only hypertension is a predictive factor for severity (OR=3.895 95% CI: 1.704-8.902) and mortality (OR=5.900 95% CI: 1.330-26.165). Concerning complications, hyperlipidemia elevates the risk of diabetes as a complication (OR=2.373 95% CI: 1.195-4.711) and obesity increases the risk of renal failure (OR=2.968 95% CI: 1.343-6.559). Hypertension is a strong predictive factor for respiratory failure (OR=2.667 95% CI: 1.139-6.243) and renal failure (OR=7.565 95% CI: 1.760-32.516). **Conclusion:** Metabolic syndrome, in particular hypertension factor, strongly deteriorates the outcome of AP. Obesity, hyperlipidemia and diabetes are not independent risk factors for severity and mortality in AP, however strongly elevate each other's detrimental effects.

180

ELŐRELÉPÉS AZ ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG VIZSGÁLATOK FINANSZÍROZÁSÁBAN

Szepes Z.¹, First Department of Medicine, University of Szeged¹

181

CHANGES IN PROSTACYCLIN CONCENTRATION IN BLOOD SERUM OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE ON THE BACKGROUND OF TYPE II DIABETES

Szirowskák E.¹, Kurcsák N.¹, Sztán M.¹, Ungvári Nemzeti Egyetem, Általános Orvosi kar, Belgyógyászat Alapjai tanszék, Ungvár, Ukrajna¹

Introduction. Digestive organ damage in patients with diabetes is based on several mechanisms: autonomic nervous system dysfunction, angiopathy, dysregulation of secretion and inactivation of hormones and increments. **Objective:** to study the features of changes in the level of prostaglandin I₂ (prostacyclin (Pgl₂)) in blood serum of patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) on the background of type II diabetes. **Material and methods.** The study involved 30 patients with type II DM with GERD (I group). The comparison group included 20 patients with GERD (Group II). The control group included 20 practically healthy individuals. The examined patients were subject to anthropometric, general clinical, laboratory and instrumental research methods. During the anthropometric investigation the body mass index (BMI), waist circumference (WC), hips circumference (HC) were measured and the waist/hip ratio (WHR = WC/HC) was calculated. The determination of Pgl₂ indicator was performed in blood serum of the examined patients. **Results.** In all patients of group I, in the process of the anthropometric study, excessive body weight (33.3%) or obesity of varying degrees were detected (I degree - 40.0%, II degree - 26.7%). In patients of group II, normal body weight was determined in the overwhelming majority of cases (55.0%), 40.0% of the examined patients were overweight while obesity was detected only in 5.0% of patients. Increased levels of Pgl₂ in both groups of patients were observed, but more pronounced changes were observed in patients of group I, namely: in patients belonging to group I, Pgl₂ levels were 185.71±9.12 pg / ml, in patients of group II - 118.45±8.25 pg / ml as compared to 52.17±6.44 pg / ml in the control group. A more pronounced increase of Pgl₂ levels in blood serum in patients with GERD on the background of type II DM with excessive body weight was found as compared with patients with obesity of I and II degrees in the same group. In patients with GERD, the lowest

concentration of Pgl2 in serum was diagnosed in patients with the normal body weight. **Conclusions:** Increased levels of Pgl2 in blood serum are observed in patients with GERD, and the combination of GERD and type II diabetes is accompanied by a more pronounced increase in its concentration. The dependence between BMI and Pgl2 level is established, namely, its maximum concentration in patients with GERD with the excessive body weight on the background of type II diabetes.

182

A SZUBINTENZÍV RÉSZLEG JELENTŐSÉGE TÁPCSATORNAI VÉRZŐ BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN

Szönyi M.¹, Topa L.¹, Szent Imre Kórház¹, Szent Imre Kórház²

Bevezetés: A gasztrointesztinális vérzések potenciálisan életveszélyes állapotoknak tekintendők. Az emésztőszervi vérzéssel kórházba kerülő betegek gyakran intenzív vagy úgynevezett speciális intenzív (szubintenzív) részlegekre kell, hogy kerüljenek. Az USA-ban évente 300.000 beteg kerül évente kórházba a fenti diagnózisok miatt. A mortalitási adatok 7 és 10 % közt mozognak. A változatlanul magas halálozási ráta a növekvő számú idősebb-, több komorbiditással élő, emésztőszervi versó betegek kórházi ellátásával magyarázható. A mortalitási arányokat a gyors felismerés és diagnózis, a minél előbbi szakszerű és megfelelő helyen történő ellátás és obszerváció csökkentheti. A szakszerű ellátás érdekében a gasztroenterológus, sebész, intenzív terápiás szakemberek és invazív radiológus közti szoros együttműködés és csapatmunka elengedhetetlen. **Célkitűzés:** az előadásban a tápcsatornai vérző betegek szubintenzív részlegen történő ellátásának előnyeiről és saját tapasztalatainkról számolunk be. **Betegek és módszer:** Kórházunkban 2017. január 1-e óta működik az emésztőszervi vérző betegek kórszerű és hatékony ellátását szolgáló szubintenzív részleg. Az említett évben ezen az egységen 132 beteget (77 férfi, 55 nő, átlag életkoruk 68 év) láttunk el. Az átlagos ápolási idejük 7.8 nap volt, melybe jelen esetben a nyílt osztályunkon történt utókezelést is beleszámoltuk. Urgens és ismételt endoszkópos vizsgálatot. 152 esetben végeztünk, 100 egység transzfúziót és 40 egység vérplazmát vagy egyéb vérkészítményt használtunk fel. A vérzések etiológiája az ismert hazai és nemzetközi adatoknak megfelelő volt, arányaiban nsaid abúzus okozta vérzések száma kiemelkedőnek mondható. Az ezt megelőző évben, amikor még az egység nem működött, 213 tápcsatornai vérző beteg került felvételre, náluk endoszkópiát 158 esetben végeztünk, az átlagos ápolási idő 7.5 nap volt. Következtetés: a mortalitási és újrávérzési adatokat összevetve elmondható, hogy a szorosabb megfigyelésnek, monitorizálásnak köszönhetően az átlagos ápolási idő csökkenthető, az újrávérzések száma alacsonyabb, a mortalitási adatok kedvezőbbek-mely tényezők költséghatékonysághoz is vezetnek. Az endoszkópos készítmények biztosító központok számára egy ilyen típusú ellátó egység üzemeltetése manapság elengedhetetlen feltétel kell, hogy legyen. A személyi és anyagi háttér megteremtése természetesen nehéz feladatot és nagy kihívást jelent.

183

EUS-GUIDED DIAGNOSIS OF A PANCREATIC SOLID PSEUDOPAPILLARY TUMOR ASSOCIATED WITH FAP – CASE REPORT.

Szpiszár T.¹, Fillinger J.², Szanyi S.¹, Burai M.¹, Mersich T.³, Szmola R.¹, Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary¹, Department of Cytopathology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary², Department of Abdominal Surgery, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary³

Aims: Solid pseudopapillary tumor (SPT) is a rare, low-grade malignant tumor of the pancreas affecting young female patients. Patients suffering from familial adenomatous polyposis (FAP) have a higher risk for pancreatic neoplasms, but the coincidence with SPT is very unique. Due to the unpredictable behavior of SPT surgical treatment is recommended, associated with long-term survival, as long as the preoperative diagnosis is accurate. Radiology findings are nonspecific, therefore EUS-FNA is a necessary

step for preoperative diagnosis and less radical surgery planning, as shown in our case describing the association of SPT with FAP. **Methods:** We characterized the lesion with a Fujinon EG-580UT echoendoscope, sampling was performed using a 22G non-histologic needle. Cytology was obtained for rapid on-site assessment, and core samples were analyzed by immunochemistry. **Results:** Our 18y female patient had a preventive proctocolectomy for extensive colonic polyposis. FAP was diagnosed in her family, with 3 affected members and one death from colorectal cancer. Follow-up CT in the index patient found a well-demarcated lesion in the head of the pancreas. EUS described an isodense 38mm mass with tiny cysts, surrounded by a hypodense halo, locoregional involvement was not observed. On-site cytology evaluation described nests of atypical epithelial cells with papillary features. Immunochemistry was positive for beta-catenin, vimentin and CD-10. A duodenum preserving pancreatic head resection was performed, surgical histology confirmed the preoperative diagnosis of SPT. **Conclusion:** Here we report the rare association of pancreatic head SPT with FAP. EUS-guided FNA provided on-site diagnosis and characteristic immunochemical specimens, allowing a less radical surgical resection.

184

OKOSTÁNYÉR® (SMART PLATE) FOR 6-17 Y CHILDREN – HEALTHY EATING IN THE SCHOOL YEARS

Szűcs Z.¹, Hungarian Dietetic Association, Budapest¹

Objective: Healthy nutrition is essential for optimal growth, physical and mental development of children. Quality of the diet significantly contributes to their current state of health and also has an impact on the cognitive performance of children. Compelling evidence confirms the fact that non-communicable chronic diseases manifested at a younger age often stay with the individual throughout his entire life. Healthy eating in childhood can thus be seen as a long-term, complex prevention program. The Hungarian Dietetic Association has recently published a new dietary guideline for the healthy 6-17 years children population. The OKOSTÁNYÉR® („smart plate”) is designed to provide detailed dietary guidance in a simple format, to help school-aged children and their parents to make healthier eating choices. **Method:** There is convincing evidence that for communication of nutrition and healthy eating messages to the general public it is more appropriate to express recommendations in food-based, rather than nutrient based terms. The OKOSTÁNYÉR® is one of the food-based dietary guidelines, the plate form was chosen as a graphical representation to make it more clear for consumers. The new guideline is consistent with the OKOSTÁNYÉR® for the healthy adult population, local food variety, and eating habits, but also in-line with other policies related to nutrition and health promotion. **Results:** The OKOSTÁNYÉR® explains the ideal composition of a daily diet, leads consumers toward dietary recommendations in connection with the main food groups (fruit and vegetables, grains and cereals, milk and dairy, meat, fish, and eggs). Guidance on healthy hydration, moderate consumption of fat, sugar and salt and physical activity is also part of the new directive. Individual use of the nutrition guidelines, taking into account the heterogeneous physiological needs of children, is supported by a number of background materials (e.g. guidance on healthy portion sizes and energy demand calculator). **Conclusion:** Scientific Committee on Food Sciences of the Hungarian Academy of Sciences and the National Institute of Pharmacy and Nutrition also recommends the OKOSTÁNYÉR®. The guideline is available on the website of the Hungarian Dietetic Association: www.mdosz.hu (in Hungarian language only) together with the background materials to support consumers in everyday implementation of the recommendations.

185

INNOVATÍV MEGOLDÁSOK AZ ENDOSZKÓPIÁBANTar B.¹, Allegro Kft.¹

Az előadás célja: a US Endoscopy által gyártott innovatív endoszkópos tartozékok használatának rövid bemutatása flexibilis endoszkóppal történő vizsgálatokon, a vizsgálati idő csökkentése, az eszköz preventív védelme és a beteg biztonságos vizsgálatára fókuszálva. Cégünk, mint kizárólagos forgalmazó prioritásnak tekintti, hogy a prémium minőséget képviselő termékeket, az endoszkópos beavatkozásokat végző szakemberekkel megismeresse, melynek során szakmai tapasztalatokat nyerhetnek. A prezentációban szereplő termékek, egyedi megközelítésből, különleges gyártási technológiával előállított tartozékok. A Carr-Locke (ERCP) és az Articulator injekciós-tűkatéter család kiváló anyagminőséggel és flexibilis, hosszirányban rugalmasan nyújtható katóterrel rendelkeznek, így lehetővé téve a tű biztos kijutását a katóterből akár retrográd helyzetben is. Az Exacto hideg-polipektómiás hurok, egyedi kialakításának és méretének köszönhetően nagy segítséget nyújt a 9mm alatti diminutív polipok eltávolítása során. A hurkon elhelyezett memóriapontoknak köszönhetően minden nyitás alkalmával visszanyeri az eredeti formáját. A DuoSwift endoszkóp-munkacsatorna tisztító kefe különleges kialakításának köszönhetően a szennyeződések 100%-át eltávolítja és a disztális végén kialakított gumigyűrűk segítségével cseppmentesen tisztítja a munkacsatornát. A Raptor idegentest-fogó ötvözi a jól ismert krokodil, aligátor és patkányfog kialakítású idegentest eltávolító termékeket, így könnyebben és gyorsabban meg lehet ragadni idegentesteket, továbbá ligációs technikához vagy 360 fokos klippel jól kombinálható mucosa reszekció és submucosa diszekció esetén. A PadLock Clip 360 fokos, kör alakú klipp, a legjobb választás lehet perforációk, fisztulák, fekélyek, ércsonkok zárásához, továbbá mucosa reszekcióhoz és submucosa diszekcióhoz ajánljuk.

186

A HASNYÁLMIRIGY BETEGSÉGEK LEGFONTOSABB MORFOLÓGIAI JELEI A CT KÉPEKENTasnádi T.¹, Varga M.², Vághy R.³, Békés Megyei Központi Kórház, Réthy Pál Tagkórház Radiológia. Békéscsaba¹, Békés Megyei Központi Kórház, Réthy Pál Tagkórház Belgyógyászat Békéscsaba², Békés Megyei Központi Kórház, Réthy Pál Tagkórház Radiológia. Békéscsaba³

A képalkotó módszerek rendkívül gyors fejlődésének sok pozitív hatása van, de sajnos nem kívánatos mellékhatása is érezhető. A fejlődéssel együtt ugyanis egyre növekszik a távolság a radiológia és a klinikai diszciplínák között. Alapvetően minden képalkotó diagnosztikai tevékenység valamely klinikum alapján feltett kérdésre keresi a választ. Igaz ez a gastroenterológiai vizsgálatokra is, ahol a klinikum a képalkotó eljárásokkal szorosan összefonódik. Sok gastroenterológus kolléga nagy szakértelemmel forgatja az ultrahang transzducereket, de vajon ugyan ilyen otthonosan mozognak a CT és MR képek világában is? A pácienseink gyakran leleteik mellett CD lemezen hozzák magukkal a vizsgálatok képi anyagát is. Ezek megtekintése, a képek leletekkel történő összevetése segíthet pontosítani a diagnózist. A gyakran rendkívül tömören megfogalmazott radiológiai leletek vagy másik végletként a hosszú szöveges leírások értelmezése is pontosabbá válhat a képek ismeretében. Prezentációnk célja, hogy segítséget adjunk, a leletekben leggyakrabban szereplő eltérések képi azonosításához, a hasnyálmirigy betegségek CT és részben MR morfológiai jeleinek felismeréséhez. A szabályos CT morfológia, a szabványos leletezéi forma ismertetése mellett a legfontosabb kórképek jellegzetességeit saját képi anyagunkon prezentáljuk, közben pedig a képek értékelésekor felmerülő csapdák, nehézségek is feltárásra kerülnek. Akut pancreatitis, krónikus pancreatitis, térfoglaló folyamatok (carcinoma és egyéb tumorok) típusos eseteit bemutatva remélhetőleg segítséget adunk, hogy sokkal pontosabban tudják értelmezni radiológiai leleteinket, mely a végleges teendők meghatározásához rendkívül fontos. Talán a telerradiológ-

gia térhódításával és ezzel együtt a radiológus-klinikus közötti interperszonális kommunikáció lehetőségének csökkenésével mindez egyre hasznosabbá válik.

187

HISTOLOGICAL AND INCIDENCE TRENDS OF ESOPHAGEAL CANCER IN A 26-YEAR PERIOD-A RETROSPECTIVE CASE-CONTROL STUDYTinusz B.¹, Paládi B.¹, Szapáry L.¹, Papp A.², Bognár L.², Vincze Á.³, Bellyei S.⁴, Hegedüs I.⁵, Bogner B.⁵, Hegyi P.¹, Erőss B.¹, University of Pécs, Medical School, Centre for Translational Medicine¹, University of Pécs, Medical School, Surgery Clinic², University of Pécs, Medical School, 1st Department of Internal Medicine³, University of Pécs, Medical School, Department of Oncotherapy⁴, University of Pécs, Medical School, Department of Pathology⁵

Introduction Esophageal malignancy is the 8th most common type of cancer worldwide. Its most frequent histological subtypes are squamous cell carcinoma (SCC) and adenocarcinoma (AC). The incidence of AC has surpassed that of SCC in several developed countries. However, no detailed data is available regarding the epidemiology of esophageal cancer in Hungary. **Aims** We aimed to evaluate the epidemiological trends of esophageal cancers in Hungary. Our hypothesis was that the incidence of AC is rising compared to SCC. **Methods** We conducted a retrospective case-control study in two centers of Pécs, Hungary, involving patients with esophageal cancer between 1992 and 2017. Patients with matching diagnosis codes were enrolled. Data were collected on age, gender, histological sub-type (as primary outcome) and localization of the tumor (as secondary outcome). Patients with AC, SCC and other primary esophageal tumors comprised three groups. Linear regression models were used to correlate age at diagnosis, histological sub-type and the year of diagnosis. Chi-square test was performed to compare the localization and distribution of genders in histological sub-types. **Results** 666 patients were enrolled in the study. 12 patients did not have primary esophageal cancer and were excluded from the analysis. There was no significant difference between genders in the AC and SCC groups ($p=0,769$). The relative incidence of AC and the age at the time of diagnosis significantly increased over the 26-year period ($p<0,001$; $R=0,726$ and $p<0,005$; $R=0,510$; respectively). There was no significant change in age at diagnosis in the AC group ($p=0,768$; $R=0,024$), however, we found a significant increase of age in the SCC group ($p<0,001$; $R=0,225$). In terms of localization, AC develops significantly more often in the lower and lower-middle part of the esophagus than in the upper and upper-middle part ($p<0,001$). **Conclusion** The original Hungarian data analysed acts as the novelty of this study. The increasing relative incidence of ACs and their predominantly distal location matches data in the literature. We suspect that the overall increase of age at diagnosis results from the combined effect of AC patients being older when diagnosed and the increasing age at diagnosis of SCCs. We plan to expand our current study to other centers as well as starting an esophageal cancer registry.

188

REAL WORLD EVIDENCE OF THE SAFETY OF PARITAPREVIR/R/OMBITASVIR ± DASABUVIR ± RIBAVIRIN IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C - AN OBSERVATIONAL STUDY IN HUNGARY - VERITAS- INTERIM ANALYSISTornai I.¹, Lengyel G.², Horváth G.³, Schneider F.⁴, Werling K.⁵, Pusztay M.⁶, Makara M.⁷, Bányai T.⁸, Gervain J.⁹, Pataki M.¹⁰, Tivadar A.¹¹, Hunyady B.¹², 2nd Department of Internal Medicine University of Debrecen, Hungary¹, 2nd Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary², Hepatology Center of Buda, Budapest, Hungary³, Markusovszky Hospital, Szombathely, Hungary⁴, 2nd Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary⁵, Szent János Hospital, Budapest, Hungary⁶, Szent István and Szent László Hospital, Budapest, Hungary⁷, Pándy Kálmán Hospital, Gyula, Hungary⁸, Szent György Educational Hospital, Székesfehérvár, Hun-

gry⁹, Directorate of Health and Social Services, Kecskemét, Hungary¹⁰, Abbvie Kft, Budapest, Hungary¹¹, Somogy County Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár and University of Pécs, Pécs, Hungary¹²

Background and objectives: Hepatitis C virus (HCV) infection is a public health problem throughout the world. Chronic Hepatitis C Virus 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. The aim of this study is to provide evidence of the effectiveness, patient reported outcomes and to collect information about co-morbidities and concomitant medication, work productivity and the contribution of the paritaprevir/r/ombitasvir ± dasabuvir ± ribavirin (PTV/r+OBV±DSV±RBV patient support program (PSP)) in a real world setting across different patient populations. This first interim analysis describes the demographics and disease characteristics of patients living with chronic hepatitis C infection in Hungary. **Methods:** VERITAS is a prospective, multi-center observational study that is conducted in Hungary. Adult patients infected with HCV and treated with the IFN-free PTV/r/OBV±DSV±RBV combination for 12 weeks were voluntarily enrolled during a routine clinical visit at the participating sites. Follow-up visits, treatments, procedures and diagnostic methods followed physician's routine clinical practice. **Results:** Until 17 October 2016, altogether 160 patients were enrolled of which 50 patients were excluded from safety population and 51 patients were excluded from core and target population. 57.8 % of core population received treatment with ribavirin and 42.2 % without. 41.3 % of core population was male and 58.7 % was female. The mean age was 61 ± 10.5 years. The mean BMI was 27.4 ± 4.99 kg/m². The mean duration of disease from diagnosis was 9.6 ± 7.30 years. The origin of HCV infection was unknown in 65 patients, the most frequent reported route was blood transfusion or transplantation. 67% of core population had concomitant cirrhosis, furthermore 13% of patients had a transition to cirrhosis. The most recent prior treatment combination was pegylated interferon with ribavirin (n=43). The outcome of the prior treatment was null response (n=23), partial response (n=13), breakthrough (n=5), relapse (n=16), discontinuation (n=14), unknown (n=1) and missing (n=1). A total of 89.8% of patients was abstinent, 9.3% occasional drinker and 0.9% ex-drinker. A total of 85.3% of patients were reported to have co-morbidities and/or co-infections. Liver and/or CHC related co-morbidities were reported in 20 patients (18.3%), furthermore other co-morbidities were reported in 90 patients (82.6%). Premature termination was reported due to PTV/r/OBV±DSV±RBV regimen in 2 cases (1.9 %). Ribavirin was earlier discontinued than the other antivirals in 5 cases (8.1 %). A total of 16,4 % of patients were reported to have experienced treatment-emergent adverse events. Four treatment-emergent serious adverse events have been recorded in three patients. **Conclusion:** A high rate of co-morbidities and an excellent safety profile of PTV/r/OBV±DSV±RBV combination therapy have been demonstrated in this real life cohort evaluating a patient population with high frequency of advanced liver disease.

189

A CRYOGLOBULINAEMIA KÖVETÉSE A KRÓNIKUS C VÍRUS HEPATITIS GYÓGYULÁSÁT KÖVETŐEN

Tornai I.¹, Földi I.¹, Papp M.¹, Pályu E.¹, Vitális Z.¹, Tornai T.¹, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Osztály, Debrecen¹

Bevezetés: A hepatitis C vírus (HCV) fertőzésnek számos extrahepatikus manifesztációja ismert, ezek között az egyik legjelentősebb a kevert cryoglobulinaemia, melynek következtében számos klinikai tünet jelenhet meg. A klinikai képet jellemezheti a vasculitis, a krónikus glomerulonephritis, polyarthrit, de nem-Hodgkin lymphomának (NHL) is lehet az előjele. Egyes betegekben tünetmentesen is jelen lehet. Általában előrehaladott májbetegség mellett jelentkezik. **Céltűzés:** sikeres antivirális kezelést

követően milyen ütemben, gyakorisággal lehet észlelni a cryoglobulinaemia eltűnését, a mennyiség csökkenését? Betegek, módszer: a tanulmányba eddig 109 beteget vontunk be (fő/nő arány 38/71), átlagos életkor 60 (28-83) év. Minden betegben cryoglobulin analízis és complement 4 (C4) mérés történt. A fibrosis stádium vizsgálata alapján 71 betegben F4, 20 betegben F3 és 18 esetben F0-2 volt észlelhető. Cryoglobulinaemiát 36 betegben észleltünk (III. típus: 16 és II. típus: 20 beteg), közülük 19 esetben klinikai tünetek is jelentkeztek (6 vasculitis, 7 glomerulonephritis, 4 polyarthrit, 2 NHL), 17 esetben nem észleltünk társuló tünetet. Öt beteg interferon alapú, 31 beteg interferon-mentes kezelést kapott. Eddig 80 beteget tudunk legalább egy évig követni a kezelés befejezését követően, közülük 25 betegben volt kezdetben cryoglobulin kimutatható. A kezelés befejezését követően 6-12 hónap között vizsgáltuk a cryoglobulinok jelenlétét. Akik pozitívak maradtak egy év után is követték. **Eredmények:** A C4 szint a negatív betegekben 0,24 (0,19-0,28) g/l, a pozitív betegekben 0,07 (0,05-0,11) g/l volt (p=0,001). A III. típusú cryoglobulinaemia eseteiben a kóros fehérje mennyisége szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a II. típus esetén (26,6 (18-42) mg/l vs. 399 (168-1345) mg/l. Az eddig SVR-t elérő 25 cryoglobulinaemias közül 12 betegben észleltük egy éven belül a cryoglobulinaemia eltűnését, ezekben a betegekben a C4 szint is normalizálódott, 0,13 (0,08-0,19) és a klinikai tünetek is elmúltak. A betegek másik felében is csökkent a cryoglobulin mennyisége, és általában a tünetek is javultak. Egyetlen beteg esetében volt szükség a változatlanul aktív vasculitis miatt rituximab kezelésre, egy másik betegben pedig NHL recidívát észleltünk. **Megbeszélés:** a cryoglobulinaemias betegek felében várható a kóros fehérje eltűnése az SVR elérését követően. A tünetek perzisztálása esetén szoros monitorozás indokolt klonális betegség esetleges észlelése céljából.

190

A HEPATITIS C VÍRUS FERTŐZÉS FELISMERÉSE A DEBRECENI EGYETEMEN

Tornai T.¹, Papp M.¹, Lukács T.¹, Vitális Z.¹, Tornai I.¹, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék¹

Bevezetés: A krónikus májbetegségek egyik leggyakoribb oka világszerte a krónikus hepatitis C vírus fertőzés. A betegség hazai előfordulását 0.5%-ra becsülik, mely szerint 50.000 fertőzöttel kell számolnunk. Magyarországon eddig kb. 20.000 beteg esetében került diagnosztizálásra a krónikus HCV fertőzés. A krónikus HCV fertőzés felismerése 2 lehetséges helyzetben maradhat el. Ha az anti-HCV antitest pozitív, de nem készül HCV-RNS vizsgálat és ha a beteg magas kockázatú HCV fertőzés szempontjából, de nem készül anti-HCV antitest vizsgálat. **Céltűzés:** Megvizsgálni, hogy a fenti két eset milyen gyakran fordult elő a Debreceni Egyetemen (DE). **Módszerek:** Anonimizált adat formájában a betegdokumentációs osztálytól lekérdeztük, hogy az elmúlt 3 évben legalább két alkalommal krónikus májbetegség (KMB), lymphoproliferatív betegség (LPB), cryoglobulinaemia (CGB), porphyria cutanea tarda (PCT) és a glomerulonephritis (GN) diagnózisok előfordulása esetén milyen gyakori volt az anti-HCV vizsgálat elvégzése. Továbbá meghatároztuk azt is, hogy az anti-HCV pozitív esetekben milyen gyakran nem történt HCV-RNS vizsgálat. A vizsgálatot etikai engedély birtokában végeztük (RKEB/IKEB: 4890-2017). **Eredmények:** 2015.01.01 és 2017.12.31 között a fenti diagnózisokkal 6209 beteg járt a Debreceni Egyetem valamely járó vagy fekvő intézményében legalább két alkalommal. Anti-HCV meghatározás 2055 esetben (33,1%) történt. Ez az arány KMB esetén 28,8% (1363/4734), LPB-ben 48,8% (526/1078), GN-ben 40,9% (161/394), CGB-ban 54% (27/50) és PCT esetén 16,7% (1/6) volt. Az anti-HCV pozitívitás KMB esetén 6,9% (n=92), LPB-ben 0,8% (n=4), GN-ben 2,5% (n=4), CGB-ban 3,7% (n=1) volt, PCT esetén nem találtunk pozitív eredményt. Továbbá a DE-n készült összes anti-HCV pozitív esetet vizsgálva azt találtuk, hogy a HCV-RNS vizsgálat a betegek 20,7%-ában (372/469) nem került meghatározásra. **Következtetés:** Eredményeink rávilágítanak, hogy hatékony eszközökkel az éberség növelésére van szükség a hepatitis C vírus fertőzés felismerésének folyamatában.

191

A FILAMENTÓZUS-AKTIN ELLENI IGA TÍPUSÚ ANTITESTEK GYAKORI AK MÁJCI RRHOSISBAN ÉS ÖSSZEFÜGGÉST MUTATNAK A BETEGSÉG SÜLYOSABB LEFOLYÁSÁVAL

Tornai T.¹, Balogh B.¹, Földi I.¹, Sipeki N.¹, Vitális Z.¹, Tornai I.¹, Papp M.¹, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék¹

Bevezetés A bélbarrier elégtelensége és a bakteriális transzlokáció (BT) a májcirrhosis egyik jellegzetesége és szerepe van a betegség progressziójában. Feltételezésünk szerint a bélbarrier elégtelenség markerei májcirrhosisban előrejelezhetik a szövődemények kialakulását, és a májeredetű halálozást. **Célkitűzés és módszerek** Stabil májcirrhosisos betegek (n=260, férfi: 129, kor: 56±11 év, alkoholos etiológia: 167 [64,2%]) és egészségesek (n=155) szérumát vizsgáltuk. ELISA módszerrel vizsgáltuk a filamentózus-aktin [AAA IgA és IgG] és gliadin [AGA IgA és IgG] ellenes antitestek jelenlétét, valamint az intestinális zsírsavkötő fehérje (I-FABP) szérum szintjét. A bélbarrier-elégtelenség markerei és a betegség klinikai megjelenése közötti összefüggést a bevonáskor értékeltük. A dekompenzációs események kialakulását (ascites, varixvérzés, hepatikus encephalopátia és/vagy bakteriális fertőzés), illetve a májeredetű halálozást 5 éves obszervációs tanulmány keretében vizsgáltuk. A BT-t az anti-mikrobiális antitestek (anti-OMP Plus IgA és endotoxin core IgA [EndoCab]) kimutatásával vizsgáltuk. **Eredmények** A bélbarrier-elégtelenség markereinek (IgA-AAA [62,7 vs. 4,4%], IgA-AGA [27,7 vs. 2,6%] és I-FABP [741 vs. 244 pg/mL], p<0,001) koncentrációja magasabb volt cirrhosisban az egészségesekhez képest. Az IgA-AAA jelenléte összefüggést mutatott az alkoholos etiológiával, a MELD pontszámmal, valamint a dekompenzált betegségstádiummal (p<0,001 minden esetben). A BT szerológiai markerei gyakrabban voltak emelkedettek olyan betegekben, akiknél az IgA-AAA szintje is emelkedett volt (72,3 vs. 13,5 % IgA-EndoCab esetén és 85,2 vs. 20,5% IgA-anti-OMP esetén, p<0,001 mindkét esetben). Kompenzált cirrhosisos betegekben (n=131) a dekompenzáció kialakulásának kockázata magasabb volt IgA-AAA pozitivitás esetén (HR [95%CI]: 1,85 [1,06-3,24]). A teljes kohorszban az IgA-AAA jelenléte a halálozás magasabb kockázatával járt (HR: 2,66 [1,27-5,56]). Ez az összefüggés akkor is kimutatható volt (HRadj: 1,96 [1,08-3,55], p=0,026), ha a többváltozós regresszióval a jelentős klinikai változókat figyelembe vettük (MELD score, etiológia, betegség stádiuma). **Következtetés** A filamentózus-aktin elleni IgA antitest jelenléte cirrhosisban előrejelzi a betegség kedvezőtlen lefolyását és a betegség progresszió új szerológiai markerének tekinthető.

192

FLUID SECRETION IS SIGNIFICANTLY REDUCED IN NEWBORN FERRETS AND PIGS WITH CYSTIC FIBROSIS

Tóth E.¹, Rótti P.³, Pallagi P.¹, Venglovecz V.⁴, Rakonczay Z.⁵, Maléth J.⁶, Uc A.⁷, Engelhardt J.³, Hegyi P.⁸, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, MTA-SZTE Momentum Translational Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Anatomy and Cell Biology, University of Iowa, Iowa, USA³, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary⁵, Momentum Epithelial Cell Signalling and Secretion Research Group, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Szeged, Hungary⁶, Departments of Pediatrics, University of Iowa, Iowa, USA⁷, Institute for Translational Medicine/1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁸

Several animal models are available to study the cystic fibrosis (CF) related pancreatic damage although they have clear limitations. Recently a cystic fibrosis transmembrane regulator (CFTR) knockout ferret and pig model have been generated. We aimed to characterize the fluid and bicarbonate secretion of CF and wild type (WT) ferret and pig pancreatic ducts. Pancreatic ducts were isolated from newborn CF and WT ferret and pig pancreas. In the

ferret model the expression of CFTR was detected by immunohistochemistry and resting pH, buffer capacity and Cl-/HCO₃- exchange activity were evaluated by microfluorometry. Fluid secretion of ducts from CF and WT ferrets and pigs were examined by videomicroscopy. Our results indicate that the bicarbonate secretion is significantly decreased in CF ferret ducts compared to WT. Videomicroscopy revealed a significant increase in fluid secretion to HCO₃- and to 5μM forskolin and 100 μM IBMX stimulation in both WT pig and WT ferret ducts. In CF ferret and pig ducts increase of the fluid secretion were not detected during the stimulation period. Concerning our data, absence of the CFTR can lead to decreased or completely abolished pancreatic ductal fluid secretion. Our interesting results revealed the importance of studying pancreatic ductal secretion of these new CF animal models more closely.

193

GENETIC INHIBITION OF CYCLOPHILIN D PROTECTS AGAINST BILE ACID OR ETHANOL AND FATTY ACID INDUCED PANCREATIC DUCTAL EPITHELIAL CELL DAMAGE IN MICE

Tóth E.¹, Maléth J.³, Erdős R.¹, Závogán N.¹, Horváth G.⁴, Tretter L.⁴, Rakonczay Z.⁵, Hegyi P.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, MTA-SZTE Momentum Translational Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary², Momentum Epithelial Cell Signalling and Secretion Research Group, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Szeged, Hungary³, Department of Medical Biochemistry, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴, Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary⁵, Institute for Translational Medicine/1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁶

Introduction Mitochondrial dysfunction is a hallmark of several disease pathogenesis including acute pancreatitis (AP). Our previous results suggest that mitochondrial damage is crucial in bile acid induced inhibition of pancreatic ductal HCO₃- secretion, however the details of mitochondrial function and dysfunction in pancreatic ductal epithelial cells (PDEC) is not known yet. Cyclophilin D (Cyp D) has a crucial role in the opening of the mitochondrial transition pore (mPTP) which could be a target to avoid mitochondrial Ca²⁺ overload and cell death. **Aim** The aim of our study was to study the effect of the genetic inhibition of Cyp D in the pancreatic ductal epithelial cells. **Methods** Wild type (WT) and Cyp D knock out (KO) mouse pancreatic ducts were isolated by microdissection. Mitochondrial membrane potential (Δψm) was measured by confocal microscopy and pancreatic ductal HCO₃- secretion by microfluorometry. Functionally active mitochondria in the pancreatic ducts were detected by immunofluorescence microscopy using TOMM20 mitochondrial marker. **Results** The genetic knock out of cyclophilin D significantly reduced the loss of Δψm and protected pancreatic ductal HCO₃- secretion during the administration of 500μM chenodeoxycholic acid or 100 mM ethanol (EtOH) and 200μM palmitoleic acid (PA) treatment. Immunofluorescence measurements revealed a significant difference in the amount of the newly synthesized mitochondrial preproteins between the CDC and the EtOH+PA treated WT and Cyp D KO groups. **Conclusion** Our results suggest that mitochondrial function has a central role in the function of PDEC presumably by providing ATP for fluid and ion secretion. On the other hand the opening of mPTP seems to be crucial in the bile acid induced toxicity offering a potential therapeutic target in AP.

194

AZ AKUT CHOLECYSTITIS KEZELÉSI STRATÉGIÁJA A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEMEN

Tóth I.¹, Ábrahám S.¹, Palásthy Z.¹, Varga L.¹, Molnár T.², Czákó L.², Ottlakán A.¹, Simonka Z.¹, Paszt A.¹, Lázár G.¹, SZTE Sebészeti Klinika¹, SZTE 1.sz.Belgyógyászati Klinika²

Bevezetés: Az akut cholecystitis komplex kezelése során a beteg számára legideálisabb kezelési mód meghatározása nehéz feladat, melyhez a sürgősségi orvos, sebész, belgyógyász, radiológus

gus szoros együttműködése szükséges. Klinikánk 10 éves anyagát feldolgozva kerestük a legmegfelelőbb kezelési stratégiát, csökkentve a szövődmények és műtéti konverziók számát. **Beteggek és módszer:** A Sürgősségi Osztály, a Belgyógyászati Klinikák és a Sebészeti Klinika 2017-ben megalkotta a Szegedi Tudományegyetemen jelenleg is használt akut cholecystitis ellátási protokollt, a panaszok kezdetétől számított 48 órás időablak meghatározásával. 48 órán belül akut műtétet ajánlunk, azon túl konzervatív kezelés, szükség esetén drenázs történik. Klinikánkon akut cholecystitis miatt 2005. január 1. és 2015. január 1. között végzett műtétek adatait retrospektív módon elemeztük. Vizsgáltuk a nemek arányát, a kormegoszlást, az akut cholecystectomiák konverziós rátáját (%), annak prediktív faktorait, valamint az epeúti sérülések előfordulását. Értékeljük a klinikánk gyakorlatában nemrég bevezetett transhepaticus ultrahang-vezérelt drenázsok szerepét az akut cholecystitis kezelésében. **Eredmények:** A vizsgált időszakban Klinikánkon 4098 betegnél történt elektív cholecystectomy és 340 alkalommal akut műtét. Elektív műtéteknél a betegek 4%-ánál, akut esetekben 16%-ánál kényszerültünk konverzióra a laparoscopos műtétek során. Akut gyulladás miatt végzett műtétek során nagyobb volt a nők aránya (200 vs 140), azonban a konverziós ráta a férfiaknál volt magasabb (27% vs 22%). A transhepaticus ultrahang-vezérelt drenázsok fokozatos bevezetésével fordított arányban változott a konverziók száma. A vizsgált periódusban 56 betegnél történt ultrahang-vezérelt drenázs, ebből 27 betegnél történt a későbbiekben a froidsztadiumban cholecystectomy. A drenázs utáni elektív műtétek konverziós rátája 42% volt. Az akut műtéteknél nagyobb arányban fordult elő epeútsérülés mint az elektív műtéteknél (0,59% vs 0,17%). **Következtetések:** Akut cholecystitis miatt végzett műtéteknél 4x nagyobb a konverziók aránya, és 2x nagyobb az epeúti sérülések előfordulása, mint elektív műtéteknél. Férfiaknál nagyobb az esély a konverzióra akut laparoscopos cholecystectomy során. Ultrahang-vezérelt drenázst követően nehéz műtetre kell számítani, gyakoribb konverzió előfordulásával. A megfelelő kezelési mód megválasztása mindig multidiszciplináris döntést igényel.

195

POLI(ASZPARAGINSAV) ALAPÚ HATÓANYAG HORDOZÓ RENDSZEREK VIZSGÁLATA FOGEREDETŰ ÖSSEJTEKEN

Tóth K.¹, Juriga D.², Jedlovsky-Hajdú A.², Güler Z.³, Sarac S.³, Zrínyi M.², Varga G.¹, Nagy K.¹, Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Orálbiológia Tanszék, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, Biofizikai és Sugárbiológiai Intézet, Nanokémiai Kutatócsoport, Budapest², Nanoscience and Nanoengineering, Istanbul Technical University, Istanbul³

Bevezetés: Az izolált fogeredetű összeitek tenyésztési alkalmasak újonnan kifejlesztett szerek, anyagok, gyógyszerhatóanyagok gyors, reprodukálható és költséghatékony preklinikai vizsgálatára. A modern gyógyszerkutatások egyik fő iránya olyan, biopolimerekből felépülő hatóanyag hordozó rendszerek fejlesztése, melyek rendelkeznek a biodegradabilitás és az elnyújtott hatóanyag-leadás előnyös tulajdonságaival. **Célkitűzés:** Célul tűztük ki, hogy új, szintetizált poli(aszparaginsav) alapú, nanoméretű hatóanyag hordozó rendszerek biokompatibilitását foggyökérhártya (periodontal ligament, PDL) eredetű összeitek tenyésztésen teszteljük. **Módszerek:** A humán bölcsességfogak gyökérhártyájából izolált összeiteket 96 lyukú lemezekre ültettük ki. Másnap por alakú vagy elektromos szálképzéssel előállított, dopamin-tartalmú polimeret, illetve szabad dopamint adtunk hozzá a sejtenyészetekhez. A sejtek életképességét WST-1 reagens segítségével határoztuk meg. A sejtek morfológiáját fáziskontraszt mikroszkóppal, a hatóanyag felvételét két foton mikroszkópiával figyeltük meg. A hatóanyag-hordozó konjugátumok karakterizálása infravörös spektroszkópiával, illetve pásztázó elektronmikroszkóppal történt. Az elektromos szálképzéssel előállított minták hatóanyag-leadásának kinetikáját UV-VIS spektrofotométerrel határoztuk meg. A polimer molekulák passzív, transzcelluláris áramlását Parallel Artificial Membrane Permeability Assay segítségével vizsgáltuk. **Eredmények:** Sikertűlt a poli(aszparaginsav) alapú po-

limerek konjugálása dopaminnal. Elektromos szálhúzással homogen nanoszálal rendszert hoztunk létre. A szabad dopamin már 250 μM koncentráció fölött toxikus a PDL összejtekre, különösen többnapos kezelés esetén. A poli(aszparaginsav) alapú hordozóhoz kötött dopamin még 500 μM koncentrációban sem csökkenti számottevően a sejtek életképességét. A nanoszálal rendszerek hatóanyag leadásának kinetikáját vizsgálva, 3-4 napon át fokozatos hatóanyag leadás figyelhető meg.

Következtetések: Sikeresen előállítottunk dopamin-tartalmú, poli(aszparaginsav) alapú nanoméretű hatóanyag hordozó rendszereket. Ezek a hatóanyag-hordozó konjugátumok biokompatibilisek és elnyújtott hatóanyag-leadást biztosítanak, így a későbbiekben klinikai vizsgálatokra is alkalmasak lehetnek, elsősorban szövetmegújítási céllal. TÁMOGATÁS: OTKA-NKTH CK-80928, EFOP-3.6.2-16-2017-00006

196

REGÖLY-MÉREI JÁNOS EMLÉKELŐADÁS - KLINIKUS KEZÉSBEN A TRANSDUCER

Vadnai M.¹, Nyíró Gyula OPAI¹

Az előadásban összefoglalom azt, a már történelminek nevezhető visszatekintést, amit a korszerű képalkotó eljárások között a hasi ultrahang vizsgálat elterjedése jelentett a medicinában. Esetek kapcsán emelem ki annak a jelentőségét, hogy milyen előnyöket jelent ma is betegek számára a klinikusi szemlélettel végzett ultrahang vizsgálat. Ennek a tevékenységnek egyik élenjáró úttörője volt Dr Regöly-Mérei János kollégánk, aki a sebészeti munkájába építette be napi rutinként az ultrahang vizsgálatot, úgy a diagnosztikába, vagy a beteg monitorozásba, és a műtét kimenetelét is meghatározó intraoperatív vizsgálatok sorába. Részre lehettem ennek a korszaknak, amikor, mint belgyógyász-gasztroenterológus, Róbert Kórházi (ma Nyíró Gyula) munkám során, együtt Dr Baricza Sarolta sebész főorvosnővel teremtettünk meg egy hasonló klinikusi modellt. Ebben a szemléletben vázolom fel az ultrahang vizsgálat helyét a mai gasztroenterológiai tevékenységben.

197

ELSŐVONALBELI BIZMUTALAPÚ NÉGYES TERÁPIA HATÉKONYSÁGA A HELICOBACTER PYLORI ERADIKÁCIÓJÁBAN

Varga M.¹, Patai Á.¹, Kolbenheyer E.³, Drácz L.², Varga F.⁴, Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Gasztroenterológiai és Belgyógyászati Osztály, Szombathely¹, Szent László Kórház, Gasztroenterológiai Szakrendelés, Sárvár², MÁV Rendelő Intézet, Gasztroenterológiai Szakrendelés, Szombathely³, Dr. Batthyány-Strattmann László Kórház-Rendelőintézet, Gasztroenterológiai Szakrendelés, Körmend⁴, Állatorvostudományi Egyetem, Bioinformatikai Központ, Budapest⁵

Bevezetés: Hazánkban a Helicobacter pylori (H. p.) kiirtására eddig elsőként alkalmazott antibiotikumokkal szembeni rezisztencia kritikus magas szintet ért el, és ennek következtében az eradikáció eredményessége a hagyományos kezeléssel 80% alá csökkent. A romló eradikációs eredmények miatt új kezelési protokollt kell kidolgoznunk. E kezelési sémának a klaritromicint, a levofloxacin, a metronidazolt tartalmazó kezelést (BQT), mivel a H. p. -nak ezekkel az antibakteriális szerekkel szembeni rezisztenciaaránya Magyarországon meghaladja a 25%-ot. Jelen tanulmányunk célja az, hogy megvizsgáljuk, vajon az általunk bevezetett, a Maastricht V. Konszenzus Konferencia ajánlását figyelembe vevő terápia a korábban alkalmazotthoz képest növeli-e a sikerességet és milyen mellékhatásokkal jár. **Módszer:** 4 Vas megyei endoszkópos laboratóriumban 2016. december 1-től kezdve 100 H. p. pozitív betegünknek terveztünk 10 napig tartó bizmutalapú, kétszeres standard dózisu protonpumpagátlót (PPI), 4x500 mg tetraciklint és 2x500 mg tinidazolt tartalmazó kezelést (BQT). Kontroll csoportot a BQT alkalmazás előtti legutolsó 100, korábbi protokollunkat (kétszeres standard dózisu PPI mellett 2x1000 mg amoxiciclint, 2x500 mg klaritromicint (PAC) 14 napig alkalmazó betegünk-ből képeztük. Betegeink H. p. státuszát C13 urea-kilégzési teszttel (UBT) ellenőriztük a terápia befejezése után 6 héttel. Az UBT előtt 2 héttel a betegeket a PPI felfüggesztésére szólítottuk fel. A

mellékhatásokat kérdőíves módszerrel rögzítettük. Eredményeinket az esélyhányados meghatározásával értékeltük, szignifikánsnak tekintettük a $P < 0,05$ értéket. **Eredményeink:** Összesen 102 beteg részesült BQT-ben, a H. p. eradikáció sikeres volt 96 betegben. A korábban 100 betegünkénél alkalmazott PAC kezelés 78 betegben eredményezett H. p. kiirtást. A PAC-hoz képest a BQT-val a gyógyulási esély hányadosa 4,48, a 95%-os megbízhatósági tartomány: 1,66-14,19, ($P = 0,00098$). A két betegcsoport által panaszolt mellékhatások gyakoriságában nem volt szignifikáns különbség. **Következtetés:** Eredményeink alapján javasoljuk a H. p. eradikációjában a fenti, bizmut alapú négyes terápia széleskörű magyarországi alkalmazását elsővonalbeli kezelésként.

198

LACTOSE INTOLERANCE IS MORE FREQUENT AMONG PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME, COMPARED TO HEALTHY CONTROLS, HOWEVER LACTOSE MALDIGESTION HAS SIMILAR PREVALENCE IN BOTH GROUPS: A META-ANALYSIS OF CLINICAL STUDIES.

Varjú P.², Gede N.², Hegyi P.², Czimmer J.¹, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, HUNGARY¹, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, HUNGARY²

Introduction: Irritable bowel syndrome (IBS) is affecting 10-20% of the adult population and characterized by abdominal symptoms without any organic disease or pathological abnormality of the gut-wall. There are numerous clinical trials available investigating the relationship between IBS, lactose maldigestion (LM) and lactose intolerance (LI), but there are no meta-analyses in this topic yet.

Aim: We aimed to assess the prevalence of LM (hydrogen breath test, lactose tolerance test, lactase activity, genetic test), objective (LM, who had symptoms during or shortly after the test) and subjective (self-reported) LI in IBS patients compared to healthy controls (HC).

Methods: Our work was planned according to the PRISMA 2009 statement. A systematic literature search was conducted up to 20 June 2017 in three major databases (PubMed, EMBASE, Cochrane Library). The reference list of the relevant articles was analyzed and all appropriate papers from there were included in the screening process. By definition, adult IBS patients had to be diagnosed according to the Rome criteria system. We enrolled controlled studies which included adult healthy participants, who did not fulfil IBS criteria, as control group.

Results: After removing duplicates 404 records were screened for eligibility and 15 of them were found to be appropriate for statistical analysis. IBS patients reported themselves (subjectively) significantly more frequently lactose intolerant before the tests than HCs (OR=3.449; 95% CI: 1.622-7.551). Generally, there is no significant difference in the prevalence of LM between IBS patients and controls based on ingested lactose dose (OR=1.114 95% CI: 0.924-1.344; $p=0.05$) and test type (OR=1.90; 95% CI: 0.993-1.427; $p=0.532$), but with 40-50g lactose hydrogen breath test LI was 3.4 times more common in IBS (OR=3.444; 95% CI: 1.416-8.377). Significantly more maldigester IBS patients had symptoms during or shortly after the test (OR=2.551 95% CI: 1.253-5.197).

Conclusion: Lactose maldigestion not, but subjective and objective LI are more frequent among patients with IBS compared to healthy controls. A lactose restricted (low-FODMAP) diet could be beneficial to improve their abdominal symptoms.

199

UNUSUAL SOLID PANCREATIC NEOPLASMS DIAGNOSED WITH EUS-FNA: PRESENTATION OF 3 CASES AND REVIEW OF A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE

Vasas B.¹, Bor R.², Fábíán A.², Czákó L.², Hamar S.¹, Kaizer L.¹, Tiszlavicz L.¹, Szepes Z.², Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary²

Background Pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) is the most common histological subtype of solid pancreatic neoplasms. Rarely, unusual primary carcinoma subtypes (of ductal and non-ductal origin), metastatic neoplasms, mesenchymal/lymphoid lesions and non-neoplastic masses may cause significant differential diagnostic problems during the cytopathological diagnosis of EUS-FNA samples. The precise diagnosis of the non-ductal carcinomas are important because most of these have better prognosis and/or they have different treatment approach.

Case reports We present 3 cases of unusual solid pancreatic lesions which caused a significant challenge to the cytopathologists or clinicians. We also present our data showing the frequency, distribution and EUS-FNA diagnostic accuracy of rare tumors of the pancreas. Moreover, we show our current approach in the diagnosis of such difficult cases, including useful practical recommendations, special stains, and immunohistochemical (IHC) markers.

Conclusion The accurate diagnosis of unusual solid pancreatic masses require a strong collaboration between the clinicians and the cytopathologists. Choosing the optimal needle type, sampling technique and cell block preparation yields larger, more cohesive tissue fragments for IHC staining and better microarchitectural morphology.

200

FOCAL LIVER LESIONS OBSERVED BY DIGITAL 2D AND COLOR DOPPLER ULTRASOUND

Veress P.¹, Szilvás Á.¹, Székely G.¹, Gasztroenterológia Osztály, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest¹

The spatial relation between focal lesions and adjacent segment vessels has great importance for the planning of surgical interventions. In case of parenchymal tumours (liver, bile-duct) we used the 2D digital method. We searched for malignant vasculature and signs of dislocation and compression by color-Doppler examination. **Method and patients:** Authors examined patients with different types of focal liver diseases. After traditional two-dimensional ultrasound they carried out aimed color Doppler ultrasound examination of the region of interest: intratumoural vessels and lymph nodes suspected malignant infiltration. In case of parenchymal tumours (liver, pancreas, bile-duct) they searched for malignant vasculature and signs of dislocation and compression by color-Doppler examination. **Results:** Illustrative cases have been demonstrated with tumour classification and results of follow up of patients. **Conclusion:** Authors concluded that this new combination of 2D and color-Doppler ultrasound will have more and more significant role in staging and follow up of focal liver lesions.

201

NEM MINDEN AZ, AMI ELSŐRE TÚNIK

Virág A.¹, Suga B.¹, Bakucz T.¹, Vertse G.², Zsigmond F.¹, Hersényi L.¹, Gasztroenterológia, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ¹, II. Általános Sebészeti Osztály, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ²

Egy 55 éves férfi beteg esetét mutatjuk be. Anamnéziséből kiemelendő, hogy 2016-ban végbél in situ carcinoma miatt műtétet terveztek nála, melyen a beteg nem jelent meg. Osztályunkon 2017. májusában ismételt sigmoidoscopiát végeztünk, melyen a rectumban egy kb. 25 mm átmérőjű széles alapú térfoglalás ábrázolódott, a biopsziás mintavétel ezúttal is in situ carcinomát igazolt, az akkor készült staging CT vizsgálaton távoli metastasis nem ábrázolódott. Az endoscoposan teljes mértékben nem eltávolítható carcinoma miatt ismételt műtéti eltávolítását javasoltunk, sebészetre irányítottuk, melyre a beteg ezúttal sem jelent meg. Aktuális felvételére szepikus állapot miatt került sor. Felvételét követően készült hasi ultrahangon a máj IV. és VI szegmentumában felmerült térfoglalás lehetősége. Lázas állapot háttérében kezdetben a haemokulturákban igazolódott kórokozó, későbbiekben

már nem mutatott pozitívítást. A májban leírt góccok etiológiájának tisztázása céljából a betegnél ismételt endoscopy és kontroll hasi CT vizsgálatot végeztünk. Kontroll CT vizsgálat primer folyamatot nem tudott verifikálni, de a májban a secunder folyamat lehetőségét megerősítette. Góccokból mintavétel intervenciók radiológiai módszerrel nem volt kivitelezhető, ezért exploratív laparotomia történt, mely során a máj VI. segmensében lévő elváltozást pungálták, majd sűrű genny szívtak le. Kontroll hasi ultrahang vizsgálatok a tályogok regresszióját igazolták. A beteg azóta jól van, láztalan, testsúlya gyarapodott. Későbbiekben kontroll colonoscopiát és hasi CT vizsgálatot tervezünk nála. Az in situ carcinoma a hám és a kötőszövet közötti bazálmembrán át nem törő rosszindulatú daganat, viszont az idő előrehaladtával az elváltozás invazív növekedést mutathat, endoscopy vagy műtéti resectio során távolítható el.

202

A BOERHAAVE SYNDROMA KEZELÉSI LEHETŐSÉGEIRŐL EGY ESET KAPCSÁN

Völgyi Z.¹, Fischer T.¹, Gasztonyi B.¹, Herman B.¹, Herr G.¹, Csutak K.², Fenyősi Z.¹, Kovács T.², Zala Megyei Szent Rafael Kórház, Belgyógyászati Osztály¹, Zala Megyei Szent Rafael Kórház, Intenzív Terápiás Osztály²

A nyelőcső perforáció ritka, 3,1:1000 000/év és ezeknek 15 %-a spontán alakul ki. Boerhaave syndrome alatt a nyelőcső spontán transmurális rupturáját értjük, melyet általában hányás előz meg. Gyakran az atípusos tünetek miatt felismerése nehéz, viszont fontos a gyors diagnózis, mivel a mediastinitis, pneumonitis, empyema, sepsis kialakulása következtében a gastrointestinális perforációk legnagyobb letalitású kórképévé teszi. Általában ép nyelőcsőben alakul ki, időnként azonban fellelhetők hajlamosító tényezők (pl. eosinophil oesophagitis, Barrett oesophagitis). A gyors diagnózis és terápia jelentősen javítja a túlélést (24 órán túl elkezdett kezelés esetén a letalitás 50, 48 órán túl, mintegy 90 %-os). A rupturát az intraluminális nyomás hirtelen megemelkedése okozza, melyhez a neuromuscularis koordináció zavara vezet. Típusos helye a nyelőcső distalis részének poszterolaterális fala. A perforatio nyílás nagysága, a diagnózisig eltelt idő és a beteg általános kondíciója határozza meg a kezelést. A konzervatív terápia mellett (parenterális folyadékpótlás, széles spektrumú antibiotikum, mellkasi drainage, mielőbbi táplálás) általában szükséges a nyílás sebészi vagy endoscopy zárása. Alapkezelésnek a műtét számít, de az utóbbi években egyre több beszámolót lehet olvasni sikeres endoscopy (Ovesco klip, öntáguló bevont fémsztent) zárásokról is. A sebészi módszerek közül a legjobb eredménnyel a perforációs nyílás primer zárása és a mediastinum és pleurális üreg drainálása kecsegtet, mely csak 24 órán belül lehetséges, a későbbiekben egyéb megoldások jöhetnek szóba. Az öntáguló bevont fémsztent alkalmazása előnyei mellett (kevésbé invazív, gyors orális táplálási út biztosítása) hátrányokkal is jár (nehéz lehet az eltávolítás, granulációs szövet kialakulása a sztent két végénél, kellő tapasztalat hiánya). A sztentelést 48 órán belül javasolják, még a szepikus jelek fellépése előtt. Előadásunkban egy 59 éves krónikus etilizmusban szenvedő férfibeteg esetét ismertetjük, aki hirtelen eszméletlenül vált a Pszichiátria Osztályon, ahol delírium miatt ápolták. A későbbi Intenzív Osztályos kezelése során a mellkasi drainen ürülő szondatáp alapján merült fel a nyelőcső perforáció gyanúja, melyet a későbbi diagnosztikus eljárások alátámasztottak. Mellkas sebészeti konzíliumot követően öntáguló fémsztent behelyezését végeztük. Előadásunkban a sztentelés technikáját mutatjuk be video segítségével és a beteg állapotának alakulását ismertetjük.

203

SZÜRŐ JELLEGŰ COLONOSCOPIÁVAL EGYIDEJŰLEG VÉGZETT GASTROSCOPIA – ELŐZETES TAPASZTALATOK

Weissenberger O.¹, Mihály E.², Tulassay Z.², Hersényi L.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Gasztroenterológiai Osztály, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest²

Bevezetés. A colonoscopy-alapú vastagbélvizsgálat jelentősége jól ismert. Kevés adat áll rendelkezésre az egyidejűleg elvégzett gastroscopia szerepéről. **Célkitűzés.** Szűrő jellegű colonoscopy-ára jelentkező páciensek esetében egyidejűleg elvégzett gastroscopia létjogosultságának felmérése.

Beteganyag-Módszer. Szűrő jellegű colonoscopyra jelentkező 72 páciens (33 férfi, 39 nő, átlag életkor 57 év) esetében a társ-tünetek és/vagy a páciensek kérését figyelembe véve, a bódításban vagy altatásban elvégzett colonoscopy mellett egy ülésben gastroscopia is sor került. A makroszkópos eltérések mellett a szövettani eredményeket is értékeltük. **Eredmények.** A colonoscopy vizsgálatok 53%-a (n=38) negatívnak bizonyult, malignitást nem találtunk, de az esetek 25%-ában (n=18) polyp igazolódott (14 tubuláris adenoma+low grade dysplasia, 1 tubulo-villosus adenoma+low grade dysplasia, 3 hyperplasticus polyp). Colonoscopy során egyéb fontosabb igazolt eltérések: gyulladásos bélbetegség (IBD) (n=6), collagen colitis (n=1), lymphocitis colitis (n=1), diverticulosis (n=9). Az egyidejűleg elvégzett gastroscopia során igazolt eltérések: Helicobacter pylori (H. pylori) asszociált gastritis (n=9), atrophias gastritis (n=3), intestinalis metaplasia (n=6), autoimmun gastritis (n=1), coeliakiának megfelelő vékonybél boholy atrophia (n=5), MALT-lymphoma (n=1), H. pylori-asszociált ulcus ventriculi (n=1), erosiv gastritis-duodenitis (n=18), erosiv reflux oesophagitis (n=32, ebből 5 esetben Los Angeles gr. C-D), hiatus hernia (n=12), fundus mirigy hyperplasia (n=7). A bódításban-altatásban végzett egymást követő két endoszkópos vizsgálatot a páciensek jól tolerálták. **Következtetés.** Előzetes eredményeink arra utalnak, hogy a szűrő jellegű colonoscopy esetében, különösen egyéb emésztőszervi tünetek meglétekor, az egyidejűleg elvégzett gastroscopia hasznos és jól tolerálható kiegészítő vizsgálatnak tekinthető.

204

GENE EXPRESSION PROFILING OF ADENOMA COLORECTAL CANCER TRANSITION WITH SPECIAL ATTENTION OF SPLICING EVENT FEATURES

Wichmann B.³, Nagy Z.¹, Barták B.¹, Udvardyné Galamb O.², Kalmár A.³, Szigeti K.¹, Zsigrai S.¹, Igaz P.¹, Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University and Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences³

Aims Beside gene level differentiation, participant exon level can also be determined. In this study three distinct groups differentiated according to their splicing event, their expression alteration with larger (>2) absFold change, splicing event specific expression alteration with lower (<2) absFold change and significant absFold (>2) expression alteration without any splicing event. For further analysis GO and KEGG analyses performed. **Material and methods** For HTA 2.0 microarray experiment samples were collected. For expression level differentiation healthy colonic (n=20), benign colorectal adenoma (tubulovillous: n=9, tubular: n=11) and malignant colorectal samples (n=20) compared. Gene + Exon - SST-RMA normalisation applied. In silico analysis performed Condorelli et al., in which malignant colorectal (n=37) biopsies from 27 patients, beside 19 normal adjacent biopsies were collected. Pairwise comparison determined between normal and colorectal cancer and three transcript set defined according their features. Different criteria's for set 1 were different (>abs 2) fold changes and existence of exon events. For transcript set 2 indifferent fold changes (<abs 2) and exon event existence. For transcript set 3: difference in fold changes (>abs 2) without any exon event. **Result and discussion** Five and four subgroups determined for transcript set 1 and 3 according their clustering nature. In case of Kegg pathway determination the most characterised pathways were metabolic and RNA transport in case of set 1 (CCNB1, CCND1 and CDC25B), Epstein-Barr virus infection, ribosome biogenesis in eukaryotes pathways in case of set 2 (DNMT1, G6PD and IMPDH1) and viral carcinogenesis, cell cycle pathways in set 3 (ACSL4, MMP1 and SCD). **Conclusion** Different transcript

sets expressed within different pathways, besides expression level alterations may play important role. While moderately differed transcript group (< abs log fold change 1) were mainly involved into Epstein-Barr virus infection, ribosome biogenesis in eukaryotes, pyrimidine metabolism and purine metabolism, transcript group with larger fold changes (> abs log fold change 1) involved into pathways like metabolic, RNA transport, cell cycle metabolism. Transcript group which has not exon event tend to be involved in pathways like carcinogenesis, cell cycle.

205

COMPARISON OF LACTOSE TOLERANCE TEST AND LACTOSE INTOLERANCE TEST WITH COMBINED METHOD IN MEASUREMENT OF LACTOSE MALDIGESTION AND INTOLERANCE. THE ROLE OF SMALL INTESTINAL BACTERIAL OVERGROWTH IN THE FALS POSTIVE DIAGNOSIS.

Ystad B.¹, Varjú P.², Gede N.², Czimmer J.¹, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, HUNGARY¹, Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, HUNGARY²

Introduction: Lactose maldigestion is a common disorder with a prevalence of almost 20% in the Eastern European region, as described by Misselwitz et al. **Aim:** Prevalence of lactose maldigestion and intolerance were measured among gastroenterological patients at our Clinical Center (University of Pécs) and the role of a combined diagnostic method in reducing the false positive and negative results, caused by SIBO or slow-transit motility disorders assessed. **Methods:** Adult patients underwent 50g-lactose hydrogen breath (LHBT) and tolerance tests (LTT) in our centrum during a year (2016/2017). Ratio of patients with slow oro-coecal transit (typical symptoms of gastroparesis and/or negative LHBT + positive LTT and/or negative lactulose test) were determined and excluded with patients with inadequate preparation (baseline H₂ > 20 ppm). **Results:** 310 patients were assessed totally. 24 subjects were excluded because of inappropriate preparation and 22 because of slow oro-coecal transit, which left 264 patients (185 females/79 males; mean age 40.3 years) for the final analysis. Based on the breath test results, 105/264 (39.8%) patients were defined as maldigesters and 73 of them (69.5%) had symptoms. With the lactose tolerance test 107/264 (40.5%) patients were found to have maldigestion and 65 of them (60.7%) had symptoms. The most frequent symptom was bloating (60/264, 22.7%). There is no significant difference in the presence of the symptoms between males and females ($p > 0.05$). SIBO was present in 92/264 (34.8%) patients and they had significantly more frequently symptoms, compared to SIBO negative participants (OR=5.743; 95% CI: 3.33-9.994). In 9.1% (24/264) of the patients LHBT gave false positive result, and in 75% of them (18/24) SIBO was diagnosed. **Conclusions:** The prevalence of lactose intolerance was higher in the patient population compared to the published Eastern European value (30% vs. 20%). SIBO can influence the diagnostic accuracy of LHBT. Combination of hydrogen breath test with the lactose tolerance test can reduce the risk of false positive result caused by SIBO (by 9.1% in our study) and avoids slow transit-caused false negative tests (7.1%), thereby it seems a valuable method in patients with functional GI symptoms.

206

A KOLONOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK MINŐSÉGI MUTATÓI

Zádori- Born A.¹, Varga M.¹, BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, 2.Gastroenterológia-4.Belgyógyászat osztály¹

A vastagbéltükrözés az emésztőszervi betegségek diagnosztizálásának egyik alapvizsgálata, a vastagbélrák szűrés legjobb módszere, éppen ezért nagyon fontos a megfelelő előkészítés a vizsgálat hatékonyságának növeléséhez. Kutatásunkban a colonoscopiák minőségi mutatóit vizsgáljuk; az előkészítés minőségét (indikáló személyzet, az előkészítés módja) és a vizsgálatok minőségét (kihúzási idő, tisztasági fok, coecum intubációs ráta, adenoma detektációs ráta). Jelen előadásban az előkészítés minőségére fektettük a hangsúlyt. Eredményeink alapján elmondható,

hogy a megfelelő előkészítésben meghatározó szerepet tölt be a betegkommunikáció és az asszisztencia.

207

METHYL DONOR CHANGES WITH DNA HYPOMETHYLATION AND DECREASED DNA INTEGRITY IN COLORECTAL CARCINOMA DEVELOPMENT - DNA REMETHYLATION IN CELL CULTURES WITH SUPPLEMENTATION

Zsigrai S.¹, Kalmár A.², Szigeti K.¹, Wichmann B.², Barták B.¹, Nagy Z.¹, Valcz G.², Galamb O.², Dankó T.³, Sebestyén A.³, Tulassay Z.², Igaz P.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest & 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest², 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Background: Global DNA hypomethylation can be observed along aging of normal cells, and it is also connected to genomic instability and the activation of proto-oncogenes in tumor development. Methylation is a reversible process with the use of methyl donors, such as folic acid (FA) and S-adenosylmethionine (SAM), so these are potential agents for tumor prevention. **Aim:** Our aim was to compare the FA, and SAM levels, as well as the DNA double strand break and global methylation status of normal, adenoma and colorectal carcinoma (CRC) biopsy samples. We aimed to examine the expression levels of nucleotide synthesis and DNA methylation enzymes. Additionally, our purpose was to investigate the effect of FA and SAM on tumor cell DNA methylation, DNA integrity, proliferation and apoptosis. **Methods:** Global DNA methylation level of LINE-1 was quantified with pyrosequencing by Pyromark Q24 (Qiagen) system. Gene expression changes of 60 biopsy samples were analysed in silico, using HTA 2.0 RNA microarray chip. HT-29 colorectal carcinoma cells were treated for 72 hours with FA and SAM, then proliferation assay was assessed. In addition, immunohistochemical staining was performed on the treated cell culture and on human colorectal adenoma, CRC and normal biopsy samples for DNA double strand break detection (with gamma-H2AX antibody), and methyl donor molecules. **Results:** Global DNA hypomethylation ($p < 0.001$), increased nucleotide synthesis and double-strand DNA break levels, however decreased methyl donor levels were noticed in adenoma and CRC biopsies compared to normal samples. Significant elevation ($p < 0.001$) of enzymes, that are needed for nucleotide synthesis, such as GART, ATIC and MTHFD were detected, while no remarkable changes in the expression levels of methylation-related enzymes, like DNMT and MAT could be seen. After FA and SAM treatment, concentration-dependent cell number and viability alterations were observed. **Conclusion:** FA and SAM levels are in correlation with global DNA methylation pattern, DNA integrity and thereby can contribute to the prevention of tumor development. Methyl donor supplementation has an effect on DNA methylation, therefore its application in proper time and dosage might be a promising approach for preventive DNA remethylation.

SZERZŐK NÉVSORA AZ ABSZTRAKT SORSZÁM MEGJELÖLÉSÉVEL / AUTHORS

- A**
 Abu-el Haija M. 125
 Al-Khrasani M. 101, 104
 Alizadeh H. 92
 Altorjay I. 110, 88, 148
 Altorjay Á. 52
 Andrási L. 44, 3*
 Andrási P. 166, 4*, 63, 8, 161
 Anker P. 130, 5*
 Antal-Szalmás P. 110, 88
 Arató A. 21
 Assani O. 77
 Attila S. 71
- Á**
 Ábrahám S. 194, 1*, 136, 3
 Ácsné Tóth A. 2*
 Ágoston S. 33
 Árva I. 156
- B**
 Babosné Ásványi M. 158
 Bacskay B. 156, 85
 Baghy K. 154, 155
 Bagi A. 28
 Bagyánszki M. 6*
 Bajor J. 99, 7*, 37, 71, 168, 49, 89, 179, 60, 61, 41, 143
 Bakucz T. 166, 201, 63, 8*, 161
 Bakó K. 125
 Balikó V. 168
 Balla E. 13*, 164, 28
 Balla Z. 91, 140, 51, 9, 12*
 Balog I. 145, 146, 162
 Balogh B. 191
 Balogh E. 22, 14*
 Balogh M. 101, 104
 Balázs A. 64
 Banai J. 63
 Bandi T. 57, 78
 Barati E. 18
 Barna G. 55
 Barok B. 66
 Barták B. 204, 15*, 207, 127, 83
 Becskeházi E. 16*
 Bellyei S. 187
 Bencsics M. 130
 Bene L. 109, 93, 94
 Benkő R. 1
 Berekméri E. 104
 Bereznai S. 18
 Berki I. 165
 Berki T. 142
 Besznyák I. 17*
 Bezsilla J. 150
- B**
 Birinyi P. 58
 Biró P. 45
 Blasinszky-Lemes K. 81
 Bod B. 120
 Bodnár Z. 18*, 31
 Bodor A. 28
 Boga A. 26, 113
 Bogner B. 187
 Bognár L. 187
 Bor R. 171, 10, 19*, 88, 172, 199, 43, 44, 121, 46
 Bordi K. 20*
 Bori E. 152
 Borka K. 176
 Boros K. 21*
 Brenner B. 11
 Brenner G. 101
 Bronsert P. 93
 Bubán T. 121
 Budai A. 130, 5
 Budai J. 22*
 Burai M. 183, 107
 Bursics A. 17
 Buzás G. 109, 93, 94, 23*
 Bálint A. 171, 43, 44, 121, 11*, 46, 10*, 19, 172
 Bálint E. 51, 9*, 12, 91
 Bálint G. 52
 Bálint L. 73, 74, 134
 Bányai T. 105, 188
 Bányainé Bodonyi K. 22
 Bódi N. 6
 Bördös A. 156, 85
- C**
 Cazacu I. 125, 116, 92
 Chandrakumar L. 6
 Chernobrova O. 24
 Chernobrovii V. 24*
 Coati I. 176
 Corina P. 144
 Crai S. 49, 89
 Csabai I. 83
 Csanádi Á. 93
 Csefkó K. 13, 28
 Cseh Á. 21
 Csekő K. 140
 Csengeri M. 176
 Csesznok B. 25*
 Csiba B. 26*, 113, 27*
 Csikós D. 2
 Csintalan Z. 13, 28*
 Csomor B. 66
 Csontos Á. 117
 Csorba Z. 112
 Csupor D. 37, 168, 140
- C**
 Csutak K. 202
 Csák T. 106
 Csőke D. 29*
 Czakó L. 194, 118, 119, 80, 81, 43, 148, 136, 61, 19, 41, 30*, 31*, 92, 172, 199, 143
 Czeplédiné Asztalos Á. 32*
 Czelecz J. 102, 144
 Czibere G. 130, 5
 Czimmer J. 60, 86, 198, 205, 89
 Czirják K. 33*
- D**
 Dakó E. 34*
 Dakó S. 34, 26, 106, 113
 Dancs N. 31
 Dandé G. 174
 Dankó T. 55, 207
 Darvasi E. 40, 86
 Dede K. 17
 Deli A. 12
 Demcsák A. 102, 144
 Demeter P. 164
 DenBesten P. 152
 Dezsőfi A. 36*, 21
 Dobszai D. 37*, 168, 179
 Drácz L. 197
 Dubravcsik Z. 47, 29, 38*, 31, 114, 133, 132
 Durcsán H. 98, 90
 Dékány K. 85
 Déri J. 138, 35*
 Döngölő L. 58
- E**
 Elekes G. 46
 Engelhardt J. 192
 Erdős R. 193
 Erdősi D. 40*
 Erős A. 41*, 92
 Erőss B. 61, 41, 42*, 92, 86, 37, 71, 168, 40, 169, 187, 173, 119
 Eszter R. 153
- É**
 Ébert A. 54, 39*
- F**
 Fadgyas-Freyler P. 94
 Fanczal J. 45*, 123
 Farkas H. 167, 99
 Farkas K. 10, 19, 172, 67, 124, 1, 79, 171, 43, 44, 121, 46*
 Farkas N. 61, 116, 41, 159,

173, 118, 119, 120, 147

Farkas-Rusu E. 47*

ifj. Farkas G. 131

Fassan M. 176

Fecske É. 25

Federics V. 130, 5

Fehér B. 125

Fehér E. 86, 99, 49

Fehér G. 48*

Fehér H. 155

Fejes R. 128

Fenyősi Z. 202

Ferdinandy P. 101

Ferenci T. 46

Filger M. 32

Fillinger J. 183

Fintha A. 106

Firmeisz G. 126

Fischer T. 202

Folhoffer A. 50*

Fábián A. 171, 43*, 44*, 121, 46, 10, 19, 172, 199

Földes A. 152

Földesi I. 121, 46, 171

Földi I. 189, 191

Földi M. 49*

Fülekiné Veres M. 177

Fülöp A. 130, 5

Fülöp F. 12

Fűr G. 91, 92, 51*, 9

G

Gajdán L. 86, 49, 52*, 53*

Galamb O. 55*, 15, 207, 127, 83

Galeev S. 167

Gasztonyi B. 56*, 202

Gaál A. 13

Gede N. 168, 167, 65, 49, 179, 198, 205

Geiger E. 57*, 78

Gelley A. 58*

Gerber G. 152

Gerdán J. 18

Gerlei Z. 105

Gervain J. 167, 120, 53, 188, 59*

Gimesi-Ország J. 124

Girán J. 40

Golovics P. 79, 63*, 8

Gombos E. 103

Grassalkovich A. 64

Gray M. 115

Gurzó Z. 22

Guthy I. 102, 125

Gyimesi G. 47, 29

Gyires K. 101, 104

Gyulai R. 122

Gyökeres T. 156, 75, 135, 160, 148, 139

Gyömbér Z. 61, 65*

Gyöngyi Z. 37, 168, 40, 92

Gyöngyösi B. 87

György A. 66*

Gyüre K. 67

Gál E. 54*

Gál V. 126

Gódi S. 167, 65, 89, 179, 120, 99, 62*, 148, 60*, 61*, 143

Góg C. 65

Gönczi L. 79

Görög M. 64*

Güler Z. 195

H

Habon T. 92

Hagymási K. 117

Hajdu H. 67*

Halász A. 89, 179

Hamar S. 43, 19, 199

Hamvas J. 31, 68*, 69*, 86, 143, 157, 71, 65, 89, 150

Harazin A. 12

Hardy V. 58

Harisi R. 70*

Harsányi L. 157, 106, 57, 78

Hegedüs C. 138, 84, 35

Hegedüs I. 187

Hegedüs I. 111

Hegyi E. 72*, 149

Hegyi Jr. P. 40

Hegyi P. 45, 123, 64, 61, 116, 41, 42, 39, 91, 92, 115, 37, 71, 71*, 168, 167, 193, 192, 129, 149, 159, 40, 49, 89, 52, 169, 187, 179, 173, 118, 119, 120, 51, 9, 12, 140, 147, 148, 198, 7

Heindlné Tóth A. 112

Helle K. 73*, 74*

Helyes Z. 140, 101

Hencz R. 117

Hentes T. 67

Herczeg G. 11

Herman B. 202

Herr G. 202

Hersényi L. 82, 161, 203, 156, 63, 75, 8, 67, 135, 166, 160, 201, 4, 139

Hevesiné L. 75*

Hidvégi E. 76*

Horvát G. 77*, 177

Horváth E. 125, 144

Horváth G. 193, 105, 188

Horváth Z. 155

Horváth-Medgyes A. 83

Hritz I. 29, 31, 31, 117, 57, 78*

Hunyady B. 105, 188

Hágendorn R. 60, 143, 37, 168, 89

Hársfalvi J. 141

I

Igaz P. 83, 204, 55, 15, 207, 127

Ila V. 125

Iliás Á. 79*, 117

Illés A. 60, 71, 120

Illés D. 86, 120, 80*, 81

Ilona K. 153

Inczei O. 73, 74, 134

Iszaka A. 22

Ivány E. 81*, 92

Iványi A. 67

Iványi B. 12

Izbéki F. 167, 65, 40, 128, 89, 52, 179, 119, 120, 143

J

Jakab K. 67

Jedlovsky-Hajdú A. 195

Juhász F. 102

Juhász M. 125, 144, 150

Juhász Á. 137

Juriga D. 195

K

Kacska S. 110

Kadenczki O. 125, 144

Kaiser L. 19

Kaizer L. 199

Kalabay L. 82*

Kalmár A. 204, 55, 15, 207, 127, 83*

Kalász G. 85

Kanizsai P. 117

Kanta E. 84*

Kanyó B. 85*

Karczub J. 87*

Karoliny A. 103

Karászi K. 155

Kata D. 171, 46

Katalin K. 153

Katona X. 131

Kaán K. 102, 125, 144

Keczer B. 130, 5

Kelemen D. 149

Kellner V. 52

Kemény L. 122

Kertész E. 117

Kerékgyártó O. 85

Keserű A. 128

Keszthelyi P. 122

Kintses B. 10

Kiss A. 109, 87, 93, 94, 176

Kiss E. 52
 Kiss G. 98, 90*
 Kiss J. 172
 Kiss L. 91*, 92*, 51, 9, 12
 Kiss S. 89*
 Kissné S. E. 128
 Kleger A. 115
 Kocsis É. 84
 Kocsmár I. 109, 93, 94*
 Kocsmár É. 109, 93*, 94
 Kokas M. 162, 158, 145
 Kolbenheyer E. 197
 Koncz B. 40
 Kontsek E. 87
 Korda J. 151
 Kormányos E. 12
 Kotsis L. 95*
 Kovalszky I. 154, 155
 Kovács A. 31, 97*
 Kovács B. 137
 Kovács D. 51
 Kovács G. 71, 167, 99, 136
 Kovács J. 174
 Kovács K. 6, 164
 Kovács M. 26, 113, 96*, 27
 Kovács T. 202
 Kovács V. 98*
 Kovácsné Fábián O. 138
 Kramer M. 109, 94
 Kramer Z. 109, 93, 94
 Kriston C. 55
 Krizsán D. 80
 Krolopp A. 50
 Krámer Z. 87
 Kránitz N. 98
 Ksenchyn O. 24
 Kui B. 167, 9, 12, 81, 99*
 Kunovszki P. 124
 Kurcsák N. 181
 Kádár P. 164
 Kádár T. 22
 Kárász K. 86*
 Kébel Z. 88*
 Kürti Z. 79
 Kőműves Z. 117

L

Laczi D. 100*
 Lada S. 80
 Lahm E. 67
 Lakatos L. 111
 Lakatos P. 79
 Lakó K. 90
 Lantos T. 143
 Lazarescu A. 116
 Lendvai G. 87, 176
 Lengyel C. 35
 Lengyel G. 105*, 188

Lestár B. 156, 67
 Liebe R. 106*
 Lippai D. 106
 Lippai G. 85
 Lipusz B. 107*
 Lombay B. 108*
 Lotz G. 109*, 93, 94
 Lovas S. 110*, 88, 171
 Lovász B. 170
 Lukovich P. 26, 113*, 96, 27, 165, 2, 66
 Lukács M. 111*
 Lukács T. 190
 Lukácsné Bezsenyi A. 112*
 Lutz L. 93
 László S. 101*, 104
 László T. 101
 Lásztity N. 103*, 102*, 144
 Lázár B. 69, 101, 104*
 Lázár Balázs B. 68
 Lázár G. 134, 136, 3, 194, 1

M

Macaria M. 99
 Macarie M. 71, 65
 Madácsy L. 170, 132, 29, 114*, 133
 Madácsy T. 12, 46, 45, 123, 64, 10, 131, 115*
 Mag M. 53
 Magyarosi D. 158, 145, 146, 162
 Makai G. 177
 Makara M. 105, 188
 Maksa M. 128
 Maldonado E. 99
 Maléth J. 140, 46, 45, 123, 64, 10, 91, 131, 115, 193, 192, 51, 9, 12
 Mariann K. 146
 Marosi J. 75
 Maróti G. 6
 Mathiasz D. 35
 Mathiász D. 138, 84
 Matuz M. 37, 1
 Matyasovszki M. 82
 Meczker Á. 37, 42
 Meggyes M. 142
 Melaschenko S. 24
 Mersich T. 50, 183
 Merényi K. 58
 Mezei D. 6
 Mezei Z. 121, 171
 Mickevicius A. 89, 99
 Micskó É. 112
 Miheller P. 117*, 133
 Mihály E. 203, 117
 Mikó A. 61, 42, 37, 168, 118*,

119*, 120*
 Milassin Á. 171, 19, 172, 124, 43, 44, 121*, 46
 Miseta A. 142
 Molnár B. 55, 15, 207, 127, 83, 123, 204, 117
 Molnár R. 123*, 131
 Molnár T. 43, 44, 121, 46, 194, 1, 79, 128, 122*, 171, 10, 19, 88, 172, 124*
 Molnárné Cerna A. 96
 Mosztbacher D. 125*, 144, 102
 Márkus B. 82
 Márta K. 147, 61, 116*, 86, 37, 40, 52, 169, 179, 173, 119, 120
 Mátrai P. 92, 86, 37, 71, 89, 169
 Máté M. 11
 Méhi O. 10
 Müller K. 21
 Müllner K. 117

N

Nagy A. 103
 Nagy F. 10, 121, 46
 Nagy G. 110, 88
 Nagy J. 112
 Nagy K. 195
 Nagy O. 122
 Nagy Z. 204, 15, 207, 127*, 83
 Nagy Á. 113
 Nagyné B. N. 128*
 Nehéz L. 157
 Nemesi K. 105
 Netye Z. 22
 Novák J. 49, 119, 143
 Novák P. 132*
 Nyulasi T. 96
 Nádasdi Á. 126*
 Németh A. 151, 117, 58
 Németh B. 71, 129*, 149, 144, 99
 Németh D. 50
 Németh I. 115
 Németh K. 130*, 5
 Németh M. 131*
 Németh T. 1

O

Oczella L. 114, 133*, 170
 Ollé G. 73, 74, 134*
 Orbán-Szilágyi Á. 135*, 156
 Ottlakán A. 136*, 194
 Ottóffy M. 116
 Ozorai L. 137*

P

Pakodi F. 62, 148, 60
 Palatka K. 122, 171, 110, 88, 121
 Pallagi P. 192, 51, 9, 64, 39, 91, 115, 140^{*}
 Paládi B. 187
 Palásthy Z. 194
 Papp A. 187
 Papp G. 25, 17
 Papp M. 167, 40, 179, 141, 119, 189, 86, 143, 99, 190, 191
 Papp N. 64
 Par A. 142
 Par G. 142^{*}
 Paskó K. 177
 Paszt A. 194, 134, 136, 3
 Patai T. 28
 Patai V. Á. 15
 Patai Á. 197, 97, 117, 137, 148
 Pataki M. 105, 188
 Pepa K. 13
 Pesei Z. 149^{*}
 Pethe I. 112
 Petri A. 136
 Petrilla P. 56
 Peták I. 138, 84, 35
 Pető R. 91
 Pink T. 28
 Pipek O. 83
 Piri D. 117
 Plósz J. 18
 Postniková V. 155
 Pozsár J. 107
 Pusztay M. 151^{*}, 105, 188
 Pálfi E. 34
 Pálházi B. 138^{*}
 Pálincás D. 139^{*}
 Pálincás L. 122
 Pályu E. 141^{*}, 189
 Párniczky A. 125, 144^{*}, 179, 61, 143^{*}
 Pártos G. 164
 Pécsi D. 147^{*}, 62, 148^{*}, 60, 146, 162, 86, 71, 167, 169, 145^{*}
 Pécsi G. 146^{*}, 162, 158, 145
 Péter Z. 117
 Péterfi Z. 111
 Pósfai G. 68, 69, 150^{*}

R

Rada K. 153^{*}
 Rakonczay Jr Z. 91
 Rakonczay Jr. Z. 51, 9, 12
 Rakonczay Z. 193, 192, 45, 123, 64, 41, 92, 140
 ifj. Rakonczay Z. 115

Ramirez Maldonado E. 49
 Regőczy H. 98
 Regős E. 155, 154^{*}
 Reszegi A. 154, 155^{*}
 Rojkovich B. 122
 Rosztóczy A. 172, 3, 73, 74, 134
 Rotti P. 192
 Rovó L. 3
 Rurik I. 82
 Rusznyák K. 156^{*}
 Rutka M. 10, 19, 172, 43, 44, 121, 46
 Rábai K. 161, 156
 Rábóczki B. 16
 Rácz A. 84
 Rácz F. 33
 Rácz I. 90, 98
 Rácz R. 152^{*}
 Rácz S. 157
 Rázga Z. 115
 Róka R. 73, 74, 134, 172
 Röst G. 109

S

Saftics G. 17
 Sahin P. 31, 157^{*}, 26, 106, 113
 Sahin-Toth M. 72
 Sahin-Tóth M. 129, 149
 Sallinen V. 65, 99
 Salánki Z. 158^{*}
 Sarac S. 195
 Sarlós P. 167, 159^{*}, 179, 119, 120, 60, 61, 41, 31, 86, 143, 99
 Schafer E. 79, 63
 Schaff Z. 109, 87, 93, 94, 176
 Scheich B. 101
 Scheili E. 139, 161^{*}
 Schillerné Toldi M. 112
 Schlachter K. 176
 Schmidt A. 115
 Schnabel T. 175
 Schneider F. 188
 Schnúr A. 140
 Schuller J. 2
 Schwab R. 138, 84, 35, 80
 Schäfer E. 135, 160^{*}, 139, 2, 75
 Schöller A. 127
 Sebestyén A. 55, 207
 Sejben A. 1
 Sepsi B. 145, 146, 162^{*}
 Sepsi V. 163^{*}
 Seres L. 177
 Shamil G. 99
 Sike R. 164^{*}
 Simon B. 27, 165^{*}, 26, 113
 Simonka Z. 194, 136, 3

Sipeki N. 191
 Solymár M. 168
 Somogyi A. 126
 Stefán G. 39
 Steward M. 152
 Suga B. 8, 166^{*}, 201
 Svastics I. 17
 Szabó A. 156
 Szabó D. 36
 Szabó F. 125
 Szabó H. 27, 165, 66
 Szabó I. 60, 92, 167, 49, 62
 Szabó Ö. 44
 Szakács Z. 147, 7, 168^{*}, 167^{*}, 169
 Szakó L. 37, 169^{*}
 Szalai F. 105
 Szalai M. 170^{*}, 114, 133
 Szalai Z. 6
 Szalay F. 50, 108
 Szalay L. 27
 Szamosi T. 156, 75, 63, 8, 67, 124, 79, 161, 166, 160, 4, 139
 Szanyi S. 183
 Szapáry L. 168, 187, 173^{*}
 Szegedi L. 33, 174^{*}, 31
 Szekerczés T. 176^{*}
 Szekeres L. 73
 Szekeresné dr. Szabó S. 32
 Szelezsán J. 177^{*}
 Szeli D. 58
 Szemes K. 178^{*}, 159
 Szenes M. 56
 Szentesi A. 40, 37, 149, 102, 179^{*}, 61, 144, 148
 Szentkereszt B. 85
 Szepes A. 47, 29, 31, 114, 133, 132
 Szepes Z. 136, 61, 10, 19, 180^{*}, 31, 172, 86, 199, 143, 71, 79, 171, 81, 43, 44, 121, 148, 46
 Szereday L. 142
 Szigeti K. 83, 204, 15, 207, 127
 Szijártó A. 57, 78, 121, 109, 93, 130, 94, 5
 Szilvás Á. 200
 Szircsák E. 181^{*}
 Szirtes I. 109, 93, 94
 Szmola R. 31, 183, 107
 Szpiszár T. 183^{*}
 Sztán M. 181
 Szuszán M. 84
 Szántó K. 43, 44, 121, 10, 172^{*}, 124, 79, 171^{*}
 Szász N. 156
 Szász V. E. 128

Székely A. 128
 Székely G. 96, 66, 175*, 100, 200
 Székely H. 117
 Székely I. 128
 Szénás K. 94
 Szíjártó A. 171
 Szőnyi M. 182*
 Szűcs Z. 184*
 Szűcs Á. 106
 Sándor J. 75
 Sándor Z. 50
 Sánta K. 81
 Sárkány Á. 52
 Sípos F. 117
 Sümegi J. 49

T
 Takács P. 124
 Takács R. 69
 Takács T. 61, 131, 86, 143, 167, 129
 Takáts A. 117
 Taller A. 25
 Tar B. 185*
 Tari K. 2
 Tarpay Á. 107
 Tasnádi T. 186*
 Tihanyi D. 35
 Tinusz B. 187*, 173
 Tiszlavicz L. 1, 43, 54, 19, 199
 Tivadar A. 105, 188
 Tokodi I. 125, 144, 102
 Tolvaj B. 97
 Tomsits E. 102
 Topa L. 157, 182
 Tornai I. 190, 191, 141, 188*, 189*
 Tornai T. 190*, 191*, 141, 189
 Totunji A. 91
 Tretter L. 193
 Tulassay Z. 55, 82, 15, 207, 127, 83, 203, 204
 Tusnádi A. 105
 Tálas D. 140
 Tél B. 102
 Tészás A. 102
 Tóth A. 125, 144, 128, 102
 Tóth E. 39, 140, 193*, 192*
 Tóth G. 66, 100
 Tóth I. 136, 194*
 Tóth K. 140, 195*
 Tóth L. 146, 162, 145
 Tóth Lajos B. 28
 Török I. 65, 40, 49, 179, 120, 99
 Tüzün Ince A. 71

U
 Ubrankovics A. 96
 Uc A. 192
 Udvardy M. 141
 Udvardyné Galamb O. 204

V
 Vadinszky P. 27
 Vadnai M. 196*
 Vadászi K. 73, 74
 Vajda D. 36
 Vajda K. 157
 Valcz G. 15, 207, 127
 Vallus G. 156
 Varga A. 10
 Varga F. 197
 Varga G. 152, 195
 Varga L. 194
 Varga M. 197*, 13, 206, 105, 71, 186, 65, 89, 179, 28
 Varga R. 128
 Varga S. 98
 Varga Á. 131, 115
 Varjú P. 49, 89, 120, 198*, 205
 Varsányi M. 156
 Vas M. 136
 Vasas A. 168
 Vasas B. 19, 199*, 43, 44
 Vass I. 102
 Venglovecz V. 54, 39, 91, 16, 140, 192, 51, 9, 12
 Veres G. 41, 102, 21, 144
 Veress P. 200*
 Vertse G. 201, 156
 Vigh É. 92
 Vincze A. 142
 Vincze Á. 60, 61, 111, 31, 143, 147, 62, 148, 178, 7, 168, 149, 65, 159, 40, 49, 89, 169, 187, 179, 120
 Virág A. 201*
 Virág Z. 165
 Vitális Z. 190, 191, 49, 141, 120, 189, 143
 Vághy R. 186, 28
 Vályi-Nagy I. 138, 84, 35
 Várkondi E. 138, 84, 35
 Várkonyi T. 157
 Vécsei L. 12
 Vén L. 33
 Vén P. 33
 Vér K. 16
 Völgyi Z. 202*
 Vörös K. 82

W
 Wacha J. 117
 Weissenberger O. 203*

Wellner U. 93
 Werling K. 105, 188
 Werner M. 93
 Wichmann B. 204*, 55, 15, 207, 127, 83
 Wirth R. 6
 Wittmann T. 73, 134

Y
 Ystad B. 205*

Z
 Zrínyi M. 195
 Zsembergy Á. 152
 Zsigmond F. 75, 63, 8, 67, 161, 135, 166, 160, 201, 4, 139
 Zsigrai S. 15, 207*, 127, 83, 204
 Zsilák-Urbán M. 80
 Zsobrák K. 133
 Zsóri G. 81
 Zádori Z. 101, 104
 Zádori- Born A. 206*
 Zádori-Born A. 13
 Závogyán N. 193

Van, ami nem várhat!



Enzimpótlás azonnal Lactase rágótablettával

térítési díj: 100 db / 2183 Ft*



- ✓ GYÓGYSZERKÉNT TÖRZSKÖNYVEZVE
- ✓ OEP TÁMOGATÁSSAL (100 DB)
- ✓ 1 RÁGÓTABLETTA 10 g LAKTÓZ (2 dl TEJ) BONTÁSÁHOZ ELEGENDŐ
- ✓ KÖZGYÓGYELLÁTOTTAKNAK RENDELHETŐ

Hatóanyag: 1 db rágótabletta 34,32 mg laktát (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. **Gyógyszerkölcsönhatás:** 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 elíratot (OGYI/32432/2015), vagy hívja információs irodánkat: Strathmann KG képviselete Telefon: (36-1) 320-2865, email: info@strathmann.hu • Az információ lezárásának időpontja: 2018. január 15.



STRATHMANN

KIÁLLÍTÓK, HIRDETŐK ÉS TÁMOGATÓK EXHIBITORS ADVERTISERS AND SPONSORS

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság köszönöket mond mindazoknak a cégeknek, amelyek a 60. 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 60th Annual Meeting.

ABBVIE Kft.

Budapest

A&D Pharma

Budapest

ALLEGRO Kft.

Budapest

ALVOGEN - KÉRI PHARMA

Budapest

ANAMED Kft.

Budapest

ASPEN Europe M.o. Fióktelepe

Budapest

ART STÚDIÓ GALÉRIA

Veszprém

BRAND UP PHARMA KFT.

Budapest

EGIS

Budapest

EISBERG HUNGARY KFT.

Gyál

ELEKTRO-OXIGÉN Kft.

Budapest

ENDOCAM Kereskedelmi Kft.

Székesfehérvár

ENDO-PLUS-SERVICE Kft.

Budapest

FERRING MAGYARORSZÁG
Kft.

Budapest

FRESENIUS KABI – GILEAD

Budapest

GOODWILL PHARMA Kft.

Szeged

HUN-MED Kft. Fuji Képviselet

Budaörs

IZINTA KERESKEDELMI Kft.

Budapest

IZOTÓP INTÉZET Kft.

Budapest

JANSSEN

Budapest

KRKA MAGYARORSZÁG Kft.

Budapest

ONCOMPASS MEDICINE Corp.

Budapest

LUX HUNGÁRIA Kft.

Budapest

MEDICINA KÖNYVKIADÓ Zrt.

Budapest

MEDICONS Kft.

Budapest

MEDIREX Zrt.

Budapest

MEDTRONIC Kft.

Budapest

MICROMEDICAL Kft.

Budapest

MIS&BOS Kft.

Budapest

MSD PHARMA HUNGARY Kft.

Budapest

NESTLÉ HUNGÁRIA Kft.

Budapest

NOVARTIS

Budapest

ORIFLAME.

Budapest

ORMA 2000 Kft.

Szeged

PREMIUM HEALTH

Sopron

PROMENADE

Budapest

PROGASTRO Kft.

Budapest

RECKITT BENCKISER Kft.

Budapest

RICHTER GEDEON Nyrt.

Budapest

SANDOZ HUNGÁRIA Kft.

Budapest

SUPREMEX Kft

Budapest

STEELCO Hungary Kft.

Budapest

STRATHMANN GmbH&CO KG

Budapest

TAKEDA PHARMA Kft.

Budapest

TEVA Magyarország Zrt.

Budapest

VITAMINKOSÁR Kft.

Budapest

WALMARK Kft

Budapest

A PROGRAMFÜZET HIRDETÉSEI A MEGJELENÉS SORRENDJÉBEN

CÉG	HIRDETÉS	OLDAL
Medicons Kft. / Dr. Falk Pharma	Dr. Falk granulátumok	BII
Ferring Magyarország Kft.	Picoprep	11
Medicons Kft. / Dr. Falk Pharma	Tudományos párbeszéd 50 év szimpózium	12
Goodwill Pharma	Normix	20
Ferring Magyarország Kft.	Pentasa Cortiment	22
Ferring Magyarország Kft.	Pentasa Cortiment	23
MSD Pharma Hungary Kft.	Zepatier	24
Teva Gyógyszergyár Zrt.	Rabyprex	30
Ferring Magyarország Kft.	VSL#3	32
A&D Pharma – ADPH Kft.	Enterol	36
Teva Gyógyszergyár Zrt.	Famotidin	40
Takeda Pharma Kft.	Entyvio	50
AbbVie Kft.	Image	52
Ferring Magyarország Kft.	Pentasa Cortiment	55
Medtronic	Beacon, PillCam, Barrx	56
Hun-Med	Eluxeo	59
Reckitt Benckiser	Gaviscon	65
Izinta Kereskedelmi Kft.	Helicobacter pylori	71
Richter Gedeon Nyrt.	Quamatel	72
Izotóp Intézet Kft.	Helicoprobe	77
Egis Gyógyszergyár Zrt.	Noacid	82
Strathmann GmbH & Co KG	Laluk 4500	152
Egis Gyógyszergyár Zrt.	Noacid	BIII
Strathmann GmbH & Co KG	Lactase	BIV

[illegible]

