

**Magyar Gasztroenterológiai Társaság  
64. Nagygyűlés**  
Siófok, Hotel Azúr, 2022. június 10-13.

**PROGRAM ÉS ELŐADÁSKIVONATOK**

Hungarian Society of Gastroenterology  
64<sup>th</sup> Annual Meeting  
Siófok, Hotel Azúr, June 10-13. 2022. Hungary

**PROGRAM / ABSTRACTS**



 **Quamatel**<sup>®</sup>  
famotidin



**Első\* az egyensúly védelmében!**

 **MAGYAR  
GYÓGYSZER**



**RICHTER GEDEON**

 **szívhang**

Richter Gedeon Nyrt., székhely: 1103 Budapest, Gyömrői út 19-21., [www.gedeonrichter.com](http://www.gedeonrichter.com)

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

Mellékhatás / Nemkívánatos esemény bejelentése és orvosszakmai kérdés esetén elérhetőség: +36 1 505 7032; [medinfo@richter.hu](mailto:medinfo@richter.hu).

A termék alkalmazásával kapcsolatos információkról a [termekinformatio@richter.hu](mailto:termekinformatio@richter.hu) címen érdeklődhet.

Document ID: KEDP/DAD8KL, Lezárás dátuma: 2022.05.01.

\*2021-ben a legtöbb beteg számára felírt H2 receptor-blokkoló. Forrás: [www.oep.hu](http://www.oep.hu).



**Quamatel<sup>®</sup> 20 mg filmtabletta**  
[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show\\_details&item=11131](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=11131)  
A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2020.04.05  
**Teljes ár/TB támogatás/Térítési díj:**  
20 mg filmtabletta (28x): 740 Ft/286 Ft/454 Ft  
20 mg filmtabletta (60x): 1546 Ft/721 Ft/825 Ft



**Quamatel<sup>®</sup> 40 mg filmtabletta**  
[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show\\_details&item=11132](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=11132)  
A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2020.04.05.  
**Teljes ár/TB támogatás/Térítési díj:**  
40 mg filmtabletta (14x): 608 Ft/ 205 Ft/403 Ft  
40 mg filmtabletta (30x): 1295 Ft/439 Ft/856 Ft



# Central European Journal of Gastroenterology and Hepatology

## Gasztroenterológiai & Hepatológiai Szemle

ceu-jgh.org

Volume 8, Supplementum 1 / June 2022

### Impressum

#### Advisory Board

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

#### Editorial office

#### Contributing Editors

István Altorjay,  
*Editor-in-chief, founder*  
László Herszényi  
*Vice-editor-in-chief*  
Béla Hunyady  
Tamás Molnár  
Tibor Gyökerez

#### Editorial Board

Zoltán Csiki  
László Czakó  
Mária Figler  
György Miklós Buzás  
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

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

**Publisher:** Promenade  
Publishing House Ltd.,  
Promenade Publishing Group,  
1037 Budapest, Montevideo str. 7.

**Address:** 1300 Budapest, P.O.B. 176  
**Phone number:** +(36)303274143  
**E-mail:** [recepicio@promenade.hu](mailto:recepicio@promenade.hu)

**Publishing Director:** Pálma Veress  
**E-mail address for publications:**  
[editor.ceu-jgh@promenade.hu](mailto:editor.ceu-jgh@promenade.hu)

**Manager:** Gabriella Kovács  
+(36)304896474  
[kovacs.gabriella@promenade.hu](mailto:kovacs.gabriella@promenade.hu)  
**Layout Editor:** Andrea Pivarcsik

**Online edition:** [www.ceu-jgh.org](http://www.ceu-jgh.org)  
[www.gastronews.olo.hu](http://www.gastronews.olo.hu)

**Printed by** Conint-Print Kft.  
**Executive Director:** Attila Váradi

**ISSN number:** HU-2415-9107

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

©2021 Promenade  
Publishing House 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



## Magyar Gasztroenterológiai Társaság 64. Nagygyűlése

Program / Előadáskivonatok

2022. június 10 – 13.

**Szerkeszti a Magyar  
Gasztroenterológiai  
Társaság**

*Felelős szerkesztő:*

*Dr. Szalay Ferenc  
MGT Állandó Iroda  
ügyvezető igazgató*

*1092 Budapest  
Kinizsi u. 22.  
Tel: +36 30 548 7472  
E-mail:  
gastroent@gmail.com*

**ISSN: 2415-91077**

**2022.**

**TARTALOM**

Tartalomjegyzék .....	2
A Nagygyűlés időrendi beosztása .....	6
<b>Program:</b>	
Richter szimpózium .....	8
Pancreas tumorok interdiszciplináris megközelítése (PG1) .....	8
Gyakori májbetegségek state-of-the art ellátása (PG2).....	8
IBD: A mindennapi betevő (SIG2).....	9
Ki fog minket endoszkopizálni? (SIG1).....	9
Endoszkópos által végzett szedáció - képzés elindítása (SIG4) .....	10
GE progresszivitási szintek és a finanszírozás újragondolása (SIG3) .....	10
AOP Orphan szimpózium.....	11
Sanofi I. szimpózium .....	11
Colonoscopus utánkövetés (PG4) .....	12
Cholangitis (PG3) .....	12
IBD (PG6) .....	12
Krónikus hasmenés differenciáldiagnosztikája (PG5) .....	13
IBD nurse munkájának bemutatása (ENDO1).....	13
Amiről tudni érdemes... (ENDO2) .....	13
Szabaddon bejelentett előadások (ENDO3).....	14
Lássunk többet, tegyünk többet. Modern ultrahang-diagnosztika szerepe az IBD-ben (SIG5).....	15
Nagykorúvá váló gyermekgasztroenterológiai kórképek (SIG6).....	16
Ki a karmester? - Pancreas szolid tumorok diagnosztikai útvesztői (SIG7).....	16
Szűrnád? - A vakcináció kérdése a krónikus GI kórképekben (SIG8).....	17
Ferring szimpózium .....	17
A nyelőcső benignus betegségei (PG7).....	18
Gyomordaganatok (PG8).....	18
Vékonybél betegségek (PG9).....	18
Gasztroenterológia és sebészet vitás határterületei (PG10) .....	19
Covid hatása az endoszkóposokra és az endoszkópiára (ENDO5).....	19
Endoszkópos asszisztensek közgyűlése .....	19
Banális anális problémák megoldása .....	20
Micromedical szimpózium .....	20
Vitaminkosár szimpózium .....	20
MGT közgyűlés .....	20
Plenáris szekció. GI aktualitások(P1) .....	21
Plenáris szekció. Legjobb bejelentett előadások (P2), .....	21
Hetényi Géza emlékelőadás .....	22
Therapeutic options of GERD (SYMP1) .....	22
IBD kezelése - szikén innen, gyógyszeren túl (SYMP3).....	23
Hílusi daganatok diagnosztikája, kezelése (SYMP2) .....	23
A mesterséges intelligencia szerepe a gasztrointestinális tumorok kezelésében (SYMP4).....	24
IBD tapasztalatok és terápia. Bejelentett előadások (FREE1) .....	24
Gasztrointesztinális vérzések. Bejelentett előadások (FREE3).....	25
Fertőző betegségek. Bejelentett előadások (FREE2).....	27
Pankreász alap kutatás. Bejelentett előadások (FREE4).....	28

Janssen szimpózium .....	30
Poszter 1 szekció .....	30
A thromboembolia és GI vérzés útvesztője, segít-e az iránytű? (HS1) .....	33
Korai neoplasiák a rectumban: sebészi vs. endoscopos terápia (HS3) .....	34
Krónikus pancreatitis (HS2) .....	34
Akualitások a COVID gasztroenterológiai vonatkozásában (HS4) .....	35
Pedig én jót akartam - fatális esetek az IBD ellátása során (CASE1) .....	35
Amikor a nyelőcső sztent nem működik (CASE3) .....	36
Várj, míg felkel majd a nap? - Endoszkópos ügyelet (CASE2) .....	36
Biztos, hogy más a hibás? – májkárosodások (CASE4) .....	36
Felső tápcsatorna: korai elváltozások endoszkópos felismerése (SYMP5) .....	37
Zsírmáj újragondolva: NAFLD, MAFLD (SYMP6) .....	37
Májbetegségek súlyosságának és prognózisának nem-invazív vizsgálómódszerei (EBM1) .....	37
Örökletes polyposis syndromák követési stratégiája (EBM2) .....	38
X-Generáció: Epi-Genetikai diagnosztika és terápia 2000s években (TM1) .....	38
Novel preclinical models in GI research (TM2) .....	39
Tápcsatorna alap kutatás. Bejelentett előadások (FREE5) .....	39
Tumorerkek az emésztőrendszerben. Bejelentett előadások (FREE6) .....	40
BioGaia szimpózium. Microbiom újragondolva 2.0 .....	42
Pfizer szimpózium. JAK-gátlás a colitis ulcerosa kezelésében .....	42
Plenáris szekció (P3) Akut pankreatitisz korai kezelése. Széklettranszplantáció .....	43
Új tiszteletbeli tag, Raf Bisschops előadás .....	43
Plenáris szekció. Legjobb bejelentett előadások (P4), .....	43
Magyar Imre emlékelőadás .....	44
Ki látja viszont? - Hányinger, hányás (SYMP7) .....	44
Primer- és áttéti májdaganatok kezelése (SYMP9) .....	44
Amikor nem jön ki: székrekedés (SYMP8) .....	45
Feszítő problémák, avagy mit tegyünk puffadás esetén (SYMP10) .....	45
Akut- és krónikus pancreatitis diagnosztikája, terápiája és a kórlefolyás predikciója Bejelentett előadások (FREE7) .....	46
Határterületek és kiemelt témák. Bejelentett előadások (FREE9) .....	48
Endoszkópos- és egyéb beavatkozással járó technikák. Bejelentett ea. (FREE8) .....	49
Sanofi II. szimpózium Eozinofil oesophagitis biológiája és kezelése .....	50
BMS szimpózium. Új lehetőségek a colitis ulcerosa kezelésében .....	50
Poszter 2 szekció .....	50
New concepts and perspectives in decompensated cirrhosis (UEG) .....	55
Új ajánlások a tápcsatorna endoszkópiájában (EBM3) .....	55
Új ajánlás a laktóz intolerancia kivizsgálásában, kezelésében (EBM4) .....	56
A Magyar Gasztroenterológiai Társaság tiszteletbeli tagjai és kitüntetettjei .....	59
Előadás és poszter kivonatok (Absztraktok) .....	63
Szerzők névmutatója .....	110
MGT Tudományos Bizottság (SciCom) és a Programbizottság tagjai 2022 .....	115
Kiállítók, hirdető és támogatók .....	116
Kiállítói alaprajz .....	117
Hirdetések listája .....	119

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

Program / Abstracts

Siófok, 10 – 13 June, 2022.

**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  
E-mail:  
gastroent@gmail.com

ISSN: 2415-9107

**2022**

**CONTENTS**

Timetable.....	7
<b>Program:</b>	
Richter symposium. Exits of the maze called GERD .....	8
Pancreatic tumors. Interdisciplinary approach (PG1) .....	8
State of art management of common liver diseases (PG2).....	8
IBD (SIG2).....	9
Future of endoscopy (SIG1).....	9
Sedation by endoscopist – Start of training program for license (SIG4).....	10
Re-thinking of progressivity levels and financing in gastroenterology (SIG3) .....	10
AOP Orphan symposium .....	11
Sanofi I. symposium.....	11
Follow up after colonoscopy (PG4) .....	12
Cholangitis (PG3) .....	12
IBD (PG6) .....	12
Differential diagnosis of chronic diarrhea (PG5) .....	13
Presentation of the work of the IBD nurse (ENDO1) .....	13
Worth to know about the work of endoscopic associate (ENDO2) .....	13
Free papers (ENDO3).....	14
See more do more. The role of modern ultrasound diagnostic in IBD (SIG5).....	15
Transition of pediatric GI diseases (SIG6).....	16
Who is the conductor? Maze of diagnosis of solid pancreatic tumors (SIG7) .....	16
Would you inject? Question of vaccination in chronic GI diseases (SIG8).....	17
Ferring symposium.....	17
Benign diseases of esophagus (PG7) .....	18
Gastric tumors (PG8) .....	18
Small bowel diseases (PG9).....	18
Contested border areas of gastroenterology and surgery (PG10).....	19
Effect of Covid on endoscopy and the staff (ENDO5) .....	19
General assembly of GI nurses .....	19
Common anal diseases.....	20
Micromedical symposium.....	20
Vitaminkosár symposium .....	20
General assembly of HSG .....	20
Plenary session presentations. GI actualities (P1) .....	21
Plenary session presentations. Top free papers (P2), .....	21
Hetényi Géza memorial lecture.....	22
Therapeutic options of GERD (SYMP1) .....	22
Treatment of IBD - beyond drugs and before scalpel (SYMP3) .....	23
Diagnosis and treatment of hilar tumors (SYMP2) .....	23
The role of artificial intelligence in treatment of GI tumors (SYMP4).....	24
IBD experiences and treatment (FREE1) .....	24
GI tract bleedings (FREE3).....	25
Infectious diseases (FREE2).....	27
Basic research in pancreatology (FREE4).....	28

Janssen symposium.....	30
Poster session 1.....	30
Maze of thromboembolism and GI tract bleeding. Does the compass help? (HS1)...	33
Early neoplasms in the rectum. Surgical or endoscopic treatment? (HS3) .....	34
Chronic pancreatitis (HS2).....	34
Actualities of COVID in gastroenterology (HS4) .....	35
Although I wanted to do the best. Fatal cases during IBD care (CASE1) .....	35
When the esophageal stent does not work (CASE3) .....	36
Wait till sunrise? – Endoscopic night shift (CASE2) .....	36
Who is guilty? Liver toxicity (CASE4).....	36
Endoscopic diagnosis of upper GI tract abnormalities (SYMP5).....	37
Rethinking of fatty liver: NAFLD, MAFLD (SYMP6).....	37
Non invasive technics for Dg. and evaluation of severity of liver diseases (EBM1) ...	37
Follow up strategy for hereditary polyposis syndromes (EBM2).....	38
X-Generation-Epigenetic diagnostics and therapy in 2000s (TM1) .....	38
Novel preclinical models in GI research (TM2) .....	39
Basic research (FREE5) .....	39
GI tract tumors (FREE6) .....	40
BioGaia symposium. Microbiome reloaded 2.0 .....	42
Pfizer symposium.....	42
Plenary session presentations (P3).Acute pancreatitis. Fecal transplantation .....	43
Lecture of the new Honorary Member, Raf Bisschops .....	43
Plenary session presentations. Top free papers (P4),.....	43
Magyar Imre memorial lecture .....	44
Who will see it again? Nausea and vomiting (SYMP7).....	44
Treatment of primary and metastatic liver tumors (SYMP9).....	44
When it does not come out. Constipation (SYMP8) .....	45
Strainer problems. What to do in case of bloating? (SYMP10) .....	45
Acute and chronic pancreatitis. Diagnosis, treatment, prognosis (FREE7).....	46
Borderline and highlighted themes. Free papers (FREE9).....	48
Endoscopic and other invasives technics Free papers (FREE8).....	49
Sanofi II. symposium Biology and treatment of eosinophil esophagitis .....	50
BMS symposium. New therapeutic possibilities in ulcerative colitis .....	50
Poster session 2. ....	50
New concepts and perspectives in decompensated cirrhosis (UEG).....	55
New guidelines in GI endoscopy (EBM3) .....	55
New guideline for diagnosis and treatment of lactose intolerance (EBM4) .....	56
List of honorary members and awarded persons of the Hungarian Society of Gastroenterology.....	59
Abstracts of lectures and posters.....	63
Authors index .....	110
Scientific Committee and program committee members of HSG in 2022 .....	115
List of exhibiting, advertising, supporting companies .....	116
Floor plan for exhibitors .....	117
List of advertisements .....	

# MAGYAR GASZTROENTEROLÓGIAI TÁRSASÁG 64. NAGYGYŰLÉSE 2022.06.10-13. SIÓFOK

	2022. JÚNIUS 10. PÉNTEK			2022. JÚNIUS 11. SZOMBAT			2022. JÚNIUS 12. VASÁRNAP			2022. JÚNIUS 13. HÉTFŐ		
	①	②	③	①	②	③	④	①	②	③	④	
←Terem												
8:00				PG4	ENDO	SIG5		P1 (HLIGHT 2x20) + Peter Ferenci (A)				
9:00				PG3		SIG6		P2 (4x10)+ HETÉNYI Géza emlékelőadás				
10:30				PG6	ENDO	SIG7		SYMP1 SYMP2	FREE1	FREE2	FREE8	
11:30				PG5		SIG8		SYMP3 SYMP4	FREE3	FREE4	FREE10	
12:30				FERRING Szimpózium (60 perc)				JANSSEN Szimpózium (60 perc)				
13:00				Ebéd				POSZTER 1 + Szendvics ebéd				
13:30				PG7	ENDO	SIG9		HS1	HS2	CASE1	CSAE2	
14:00				PG8				HS3	HS4	CASE3	CASE4	
15:00				RICHTER Szimpózium (60p.)				SYMP5	EBM1	TM1	FREE5	
				PG1	SIG2	SIG4		SYMP6	EBM2	TM2	FREE6	
				PG2	SIG1	SIG3		BIOGAIA Szimpózium (30p.)				
				AOP ORPHAN Szimpózium (30p.)				PFIZER Szimpózium (30p.)				
				SANOFI I. Szimpózium (30p.)				VACSORA, DIJAK ÁTADÁSA				
				VACSORA				Vezetőségi ülés				
				SANOFI II. Szimpózium (30 perc)				POSZTER 2 + Szendvics ebéd				
				BMS Szimpózium (30 perc)				UEG			EBM3	
				POSZTER 2 + Szendvics ebéd				UEG			EBM2	
				A KONFERENCIA 16:00-KOR BEFEJEZŐDIK								

**Előadótérmekek:** ① = Toscana terem ② = Ibiza terem ③ = Marbella terem ④ = Panoráma terem

## Szekció kódok jelmagyarázata:

CASE	→ Esetbemutatók
EBM	→ Bizonyítékon alapuló útmutatók
ENDO	→ Endoszkópos asszisztensek
FREE	→ Bejelentett előadások
HS	→ Hot-Spot panel szekció

P	→ Plenáris ülés
PG	→ Posztgraduális kurzus
POSZTER	→ Poszter szekció
SIG	→ Speciális munkacsoport
SYMP	→ Szakmai szimpózium

TM	→ Transzlációs szekció
UEG	→ UEG beszámolók
	→ Finanszírozott szimpózium
	→ Szünet



# 64<sup>th</sup> ANNUAL MEETING OF THE HUNGARIAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY 10-13.06.2022 SIÓFOK

	10. JUNE 2022, FRIDAY	11. JUNE 2022, SATURDAY	12. JUNE 2022, SUNDAY	13. JUNE 2022, MONDAY	
Hall →	①      ②      ③	①      ②      ③	①      ②      ③      ④	①      ②      ③      ④	←Hall
8:00		PG4	PG3	P3 (HLIGHT 2x20) + R. Bisschops (B)	8:00
9:00		PG6	PG5	P4 (4x10) + MAGYAR Imre lecture	9:00
10:30		PG7	PG8	SYMP7 SYMP8 FREE7 FREE8	10:30
11:30		PG9	PG10	SYMP9 SYMP10 FREE9 FREE10	11:30
12:30		FERRING Symposium (60 min.)		SANOFI II. Symposium (30 min.)	12:30
13:00		Lunch		BMS Symposium (30 min.)	13:00
13:30	Opening		POSTER 1 + Sandwich lunch	POSTER 2 + Sandwich lunch	13:30
14:00		PG7	PG8	UEG	14:00
15:00	RICHTER Symposium (60m.)	PG9	PG10	EBM3	15:00
16:30	PG1	PG9	PG10	EBM2	
17:30	PG2	MICROMEDICAL Symposium (30m.)			
18:30	AOP ORPHAN Symposium (30m.)	VITAMINKOSÁR Symposium (30m.)			
19:00	SANOFI I. Symposium (30p.)	Board meeting			
	DINNER	DINNER, AWARDS CEREMONY			

The conference will end at 16:00 pm.

**Lecture halls:** ① = Toscana hall    ② = Ibiza room    ③ = Marbella room    ④ = Panoráma room

**Session codes:**

- CASE → Case studies
- EBM → Evidence based medicine
- ENDO → Endoscopic nurses
- FREE → Free paper
- HS → Hot-Spot panel section

- P → Plenary session
- PG → Postgradual course
- POSZTER → Poster section
- SIG → Special interest group
- SYMP → Professional symposium

- TM → Transational Medicine session
- UEG → UEG session
- Industry symposium
- Break

2022. június 10. péntek  
14.30

Toscana terem

**A kiállítás és a nagygyűlés megnyitása**

15.00 – 16.00

**KIVEZETŐ UTAK A GERD LABIRINTUSÁBÓL**

*EXITS FROM THE MAZE CALLED GERD*

*RICHTER GEDEON SZIMPÓZIUM*

Üléseknök: **Papp Mária**, Debrecen

**COVID alatt / *During the COVID***

Altorjay István, Debrecen

**COVID után / *After the COVID***

Vitális Zsuzsanna, Debrecen

16.30 – 17.30

POSTGRADUALIS KURZUS (PG1)

**PANCREAS TUMOROK INTERDISZCIPLINARIS MEGKÖZELÍTÉSE**

Üléseknökök: **Hritz István**, Budapest **Kui Balázs**, Szeged

16.30 **Pancreastumor diagnosztikája, mintavétel, staging**

Szmola Richárd, Budapest

16.50 **Endoszkópos intervenciók**

Szepes Zoltán, Szeged

17.10 **Pancreastumorkorszerű onkológiai kezelése**

Lakatos Gábor, Budapest

17.30 – 18.30

POSTGRADUALIS KURZUS (PG2)

**GYAKORI MÁJBETEGSÉGEK STATE-OF-THE ART ELLÁTÁSA**

Üléseknökök: **Tornai István**, Debrecen **Hagymási Krisztina**, Budapest

17.30 **Alkoholos májbetegség**

Tornai Tamás, Budapest

17.45 **Májpótló kezelések**

Gervain Judit, Székesfehérvár

18.00 **Decompensált májcirrhosis**

Tornai István, Debrecen

18.15 **Nyelőcső varicositás**

Péter Zoltán, Budapest

2022. június 10. péntek  
16.30 – 17.30

Ibiza terem

**SPECIÁLIS MUNKACSOPORT (SIG2)**  
**IBD: A MINDENNAPI BETEVŐ**

Üléselnökök:

**Palatka Károly**, Debrecen

**Burschné Veczák Ibolya**, Pécs

16.30 **Exkluzív enterális táplálás: koron innen (-18)**  
Szűcs Dániel, Szeged

16.45 **Exkluzív enterális táplálás: koron túl (18+)**  
Nagy Béla, Kistarcsa

17.00 **Parenterális táplálás IBD-ben (TPN)**  
Horváth Miklós, Budapest

17.15 **IBD diéta: Van ilyen?**  
Dakó Sarolta, Budapest

17.30 – 18.30

Ibiza terem

**SPECIÁLIS MUNKACSOPORT (SIG1)**  
**KI FOG MINKET ENDOSZKOPIZÁLNI?**

Üléselnökök:

**Czakó László**, Szeged

**Varga Márta**, Békéscsaba

17.30 **Magyar valóság 2022-ben**  
Vincze Áron, Pécs

17.40 **Nemzetközi valóság 2022-ben**  
Dubravcsik Zsolt, Kecskemét

17.50 **Hogyan tovább?: alap endoszkópos kompetenciák**  
Madácsy László, Székesfehérvár

18.00 **Hogyan tovább?: speciális endoszkópos kompetenciák**  
Hritz István, Budapest

18.10 **Speciális endoszkópos beavatkozások: egy csapat vagyunk**  
Gyökeres Tibor, Budapest

18.20 **Paneldiszkusszió**

2022. június 10. péntek  
16.30 – 17.30

Marbella terem

SPECIÁLIS MUNKACSOPORT (SIG4)  
**ENDOSZKÓPOS ÁLTAL VÉGZETT SZEDÁCIÓ - KÉPZÉS ELINDÍTÁSA**

Üléselnökök:

**Hágendorn Roland**, Pécs      **Fábián Anna**, Szeged

16.30 **Szedáció szintjei a GE-ben, alkalmazott szedációk**  
Müllner Katalin, Budapest

16.45 **Ki és hogyan alkalmazhatja? Minimumfeltételek**  
Madurka Ildikó, Budapest

17.00 **Nemzetközi gyakorlat az endoszkópos szedációban**  
Zubek László Budapest

17.15 **Mit kellene és hogyan elsajátítani?**  
Vincze Áron, Pécs

17.30 – 18.30

Marbella terem

SPECIÁLIS MUNKACSOPORT (SIG3)  
**GE PROGRESSZIVITÁSI SZINTEK ÉS A FINANSZÍROZÁS ÚJRAGONDOLÁSA**

Üléselnökök:

**Gasztonyi Beáta**, Zalaegerszeg      **Papp Mária**, Debrecen

17.30 **Progresszivitási szintek: jelenlegi helyzet**  
Taller András, Budapest

17.40 **Újratervezés: igények, célok, lehetőségek...**  
Szepes Zoltán, Szeged

17.50 **Egynapos ellátások a gasztroenterológiában - szakmai lehetőségek**  
Gurzó Zoltán, Gyula

18.00 **Finanszírozási lehetőségek a gasztroenterológiában**  
Dobos Éva, Szeged

18.10 **Intenzív/subintenzív ellátás helye a gasztroenterológiában**  
Hágendorn Roland, Pécs

18.20 **Paneldiszkusszió**

2022. június 10. péntek

Toscana

18.30-19.00

**NEHÉZSÉGEK ÉS ÚJ LEHETŐSÉGEK  
A PRIMER BILIARIS CHOLANGITIS KEZELÉSÉRE.  
DIFFICULTIES AND NEW OPPORTUNITIES FOR TREATMENT OF  
PRIMARY BILIARY CHOLANGITIS  
AOP ORPHAN SZIMPÓZIUM**

Üléselnök és előadó: Tornai István, Debrecen

2022. június 10. péntek

Toscana

19.00 – 19.30

**RITKA BETEGSÉGEK  
SANOFI I. SZIMPÓZIUM**

Üléselnök: **Szalay Ferenc**, Budapest

**Gaucher-kór és ASMD  
Niemann-Pick-kór AB gasztroenterológiai vonatkozásai és differenciál-  
diagnosztikai kihívásai**  
Gervain Judit, Székesfehérvár

2022. június 11. szombat  
8.00 – 9.00

Toscana terem

POSTGRADUALIS KURZUS (PG4)  
**COLONOSCOPOS UTÁNKÖVETÉS**

*Üléseknökök:* **Szepes Zoltán**, Szeged **Andrási Péter**, Budapest

- 8.00 **Postpolypectomiás és CRC műtét utáni követés**  
Kristóf Tünde, Miskolc
- 8.20 **Colonoscopus surveillance gyulladáisos bélbetegségben**  
Miheller Pál, Budapest
- 8.40 **Hereditár daganat-szindrómák endoszkópos követése**  
Karoliny Anna, Budapest

---

9.00 – 10.00

POSTGRADUALIS KURZUS (PG3)  
**CHOLANGITIS**

*Üléseknökök:* **Dubravcsik Zsolt**, Kecskemét **Illés Dóra**, Szeged

- 9.00 **Epeúti gyulladás diagnosztikája, súlyosság osztályozása**  
Illés Dóra, Szeged
- 9.20 **Cholangitis konzervatív kezelése: hova kerüljön a beteg, antibiotikum választás**  
Czakó László, Szeged
- 9.40 **Epeúti drenázs: mikor, mivel, hogyan?**  
Hritz István, Budapest

---

10.00 – 10.30

SZÜNET

---

10.30 – 11.30

Toscana terem

POSTGRADUALIS KURZUS (PG6)

**IBD**

*Üléseknökök:* **Szamosi Tamás**, Budapest **Bor Renáta**, Szeged

- 10.30 **Az IBD endoszkópos megjelenése, prognosztikus markerek értékelése a diagnózis idején**  
Sarlós Patrícia, Pécs
- 10.50 **Az IBD hagyományos kezelése**  
Palatka Károly, Debrecen
- 11.10 **Az immunszuppresszív és biológiai terápia időzítése**  
Farkas Klaudia, Szeged
-

11.30 – 12.30

Toscana terem

## POSTGRADUALIS KURZUS (PG5)

**KRÓNIKUS HASMENÉS DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJA***Üléseknökök:* **Juhász Márk**, Budapest**Inczefi Orsolya**, Szeged11.30 **Irritábilis bél szindróma vagy mikroszkópos colitis?**

Patai Árpád, Szombathely

11.50 **A vastagbél gyulladáshos megbetegedései (kivéve IBD)**

Schäfer Eszter, Budapest

12.10 **Recidív Clostridioides difficile infekció és széklettranszplantáció**

Nagy Gergely, Miskolc

2022. június 11. szombat

Ibiza terem

8.00 – 9.00

## ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSEK (ENDO1)

**IBD NURSE MUNKÁJÁNAK BEMUTATÁSA***Üléseknökök:* **Schäfer Eszter**, Budapest**Buti Jánosné Szilvia**, Debrecen8.00 **Az IBD nurse hatása a betegellátás minőségére**

Molnár Tamás, Szeged

8.10 **Mit tehetünk Önért? Az IBD nővér kompetenciái**

Szvitek Ilona, Budapest

8.20 **A gyorstesztekek kivitelezése és szerepe a betegellátásban**

Huszka László, Szeged

8.30 **Infúziós reakciók és azok kezelése a biológiai terápia szobában**

Nagyné Berecz Margit, Debrecen

8.40 **Role of N-ECCO in IBD community**

Czuber-Dochan Wladzia, UK

8.50 **Az IBD betegek pszichés jellemzői**

Dávid Anett, Szeged

9.00 – 10.00

## ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSEK (ENDO2)

**AMIRŐL TUDNI ÉRDEMES...***Üléseknökök:* **Paulovicsné Kiss Melinda**, Pécs**Szepes Zoltán**, Szeged9.00 **A vezető asszisztens koordinációs és mindennapi tevékenysége**

Kokas Mariann, Győr

- 9.10 **Szakasszisztens-asszisztens: csak a "szak" tesz különbséget?**  
Kabai Annamária, Karcag
- 9.20 **Kis ember (gyermek) - kis endoszkóp?**  
Koráné Patkás Csilla, Budapest
- 9.30 **Vastagbél rák szűrés-tapasztalatok, változások**  
Fábián Anna, Szeged
- 9.40 **Endoszkópos ultrahang a diagnosztikától a terápiáig**  
Egyedné Bihari Mária, Budapest
- 9.50 **Első tapasztalatok Apollo Overstitch eszközzel**  
Vincze Áron, Pécs

10.00 – 10.30

SZÜNET

2022. június 11. szombat

Ibiza terem

10.30 – 12.30 ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSEK (ENDO3)

### SZABADON BEJELENTETT ELŐADÁSOK

*Üléselnökök:* **Seres Lászlóné**, Gyöngyös      **Bacs kainé Beluzsár Adrienn**, Miskolc

#### 10.30 **AZ ASSZISZTENS, MINT STABIL BÁSTYA AZ ENDOSZKÓPOS TEAMBEN**

Langhammer S.<sup>1</sup>

1. Pécs Tudományegyetem I.sz . Belgyógyászati Klinika

#### 10.40 **A GYERMEKEK NEM KIS FELNŐTTEK**

Szász-Veress E.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Keserü A.<sup>1</sup>, Maksa M.<sup>1</sup>, Nagyné Budai N.<sup>1</sup>, Sendula E.<sup>1</sup>, Tóth A.<sup>1</sup>, Varga R.<sup>1</sup>, Dr. Székely A.<sup>1</sup>, Dr. Horváth L.<sup>1</sup>, Dr. Fejes R.<sup>1</sup>, Dr. Nyikos O.<sup>1</sup>, Prof.Dr.Izbéki F.<sup>1</sup>

1. Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház I.Belgyógyászat Endoszkópos laboratórium

#### 10.50 **FORMALDEHID ALKALMAZÁSA IRRADIÁCIÓS PROCTITISBEN**

Molnár T.<sup>1</sup>, Nagyné Budai N.<sup>1</sup>, Maksa M.<sup>1</sup>, Szász-Veress E.<sup>1</sup>, Tóth A.<sup>1</sup>, Keserü A.<sup>1</sup>, Varga R.<sup>1</sup>, Sendula E.<sup>1</sup>, Dr. Székely A.<sup>1</sup>, Dr. Horváth L.<sup>1</sup>, Dr. Fejes R.<sup>1</sup>, Prof.Dr. Izbéki F.<sup>1</sup>

1. Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház I.Belgyógyászat Endoszkópos Laboratórium

#### 11.00 **KOLANGIOSZKÓPIA A SZŰKÜLETEK ÉS A PROBLÉMÁS KÖVEK MEGOLDÁSÁRA**

Paulovicsné Kiss M.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>

1. Pécsi Tudományegyetem, I.sz.Belgyógyászati Klinika



- 11.10 **AZ ANTIBAKTERIÁLIS OLDATTAL TÖRTÉNŐ SZÁJÖBLÍTÉS HATÁSA A POST-ERCP-S CHOLANGITIS KIALAKULÁSÁRA**  
Szabó Á.<sup>1</sup>, Feró E.<sup>1</sup>, Gyömbér E.<sup>1</sup>, Göncz M.<sup>1</sup>, Soós E.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>  
 1. Szegedi Tudományegyetem, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai osztály, Operatív endoszkópos labor
- 11.20 **NASOGASTROSCOPIA SZEREPE A FELSŐ TÁPCSATORNAI SZŰKÜLETEK ELLÁTÁSÁBAN, ASSZISZTENSI TEENDŐK.**  
Budai J.<sup>1</sup>, Gurzó Z.<sup>1</sup>, Novák J.<sup>1</sup>, Crai S.<sup>1</sup>, Balogh E.<sup>1</sup>, Bányainé Bodonyi K.<sup>1</sup>, Kádár T.<sup>1</sup>, Iszaka A.<sup>1</sup>  
 1. BMKK Pándy Kálmán Tagkórház Endoscopos Labor
- 11.30 **VIGYÁZZUNK EGYMÁSRA!**  
Mogyorósiné Medgyesi E.<sup>1</sup>  
 1. BAZ Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Gasztroenterológiai Szakrendelés
- 11.40 **HOGY TARTOZHAT A GASZTROENTEROLÓGIÁHOZ A MEDIASZTINUM?!**  
Langhammer S.<sup>1</sup>, Dr.Sarlós P.<sup>1</sup>, Dr.Kövári B.<sup>1</sup>, Paulovicsné Kiss M.<sup>1</sup>, Fülöpné Ravasz A.<sup>1</sup>, Bozsánovicsné Jánosi H.<sup>1</sup>, Kolozsvári M.<sup>1</sup>, Csiszér M.<sup>1</sup>  
 1. Pécs Tudományegyetem I. sz .Belgyógyászati Klinika
- 11.50 **EZ MÁR AZ ELYSIUM?**  
Gárdonyi M.<sup>1</sup>, Hunyady B.<sup>1</sup>, Haragh A.<sup>1</sup>, Kovács Z.<sup>1</sup>, Kozma B.<sup>1</sup>, Magyarosi D.<sup>1</sup>, Graffits É.<sup>2</sup>, Krápeczné Decsi G.<sup>1</sup>, Gscheidt H.<sup>1</sup>, Némethné Budai É.<sup>1</sup>, Vuncs A.<sup>1</sup>, Kónya Z.<sup>1</sup>, Matics A.<sup>1</sup>  
 1. Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Gasztroenterológia, Endoscopos Labor; 2. Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Belgyógyászati Osztály

## 12.00 PANELDISZKUSSZIÓ

2022. június 11. szombat  
 8.00 – 9.00

Marbella terem

### SPECIÁLIS MUNKACSOPORT (SIG5) LÁSSUNK TÖBBET, TEGYÜNK TÖBBET. MODERN ULTRAHANG-DIAGNOSZTIKA SZEREPE AZ IBD-BEN

Üléselnökök:

Dudás Ibolyka, Budapest

Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

8.00 **Új UH pontrendszer IBD-ben - Milano score system**  
 Palátka Károly, Debrecen

8.15 **Transzkután ultrahang**  
 Tasnádi Tünde, Békéscsaba

8.30 **Rektális/perineális ultrahang**  
 Bor Renáta, Szeged

8.45 **Túl a szürke 50 árnyalatán (Doppler ultrahang, CEUS)**  
 Székely György, Budapest

9.00 – 10.00

Marbella terem

SPECIÁLIS MUNKACSOPORT (SIG6)  
**NAGYKORÚVÁ VÁLÓ GYERMEKGASZTROENTEROLÓGIAI KÓRKÉPEK**

Üléselnökök:

**Karoliny Anna**, Budapest

**Bajor Judit**, Pécs

9.00 **Eozinofil gasztroenteropátiák**

Müller Katalin, Budapest

9.15 **Coeliákia**

Korponay-Szabó Ilma, Budapest

9.30 **Cisztás fibrózis**

Párniczky Andrea, Budapest

---

10.00 – 10.30

SZÜNET

---

2022. június 11. szombat

Marbella terem

10.30 – 11.30

SPECIÁLIS MUNKACSOPORT (SIG7)  
**KI A KARMESTER? - PANCREAS SZOLÍD TUMOROK DIAGNOSZTIKAI ÚTVESZTŐI**

Üléselnökök:

**Vincze Áron**, Pécs

**Illés Dóra**, Szeged

10.30 **A jelenlegi egycentrumos útvonal**

Hussein Tamás, Budapest

10.40 **A sebész az első**

Szűcs Ákos, Budapest

10.50 **Az onkológus az első**

Bodoky György, Budapest

11.00 **MDT az első**

Erőss Bálint, Budapest

11.10 **Multicentrumos útvonal**

Hegyi Péter, Budapest

11.20 **Panel diskusszió**

---

11.30 – 12.30

Marbella terem

SPECIÁLIS MUNKACSOPORT (SIG8)  
**SZÚRNÁD? - A VAKCINÁCIÓ KÉRDÉSE A KRÓNIKUS GI KÓRKÉPEKBEN**

Üléselnökök:

**Rákóczi Éva**, Debrecen

**Szamosi Tamás**, Budapest

- 11.50 **A védőoltások hatékonysága és biztonságossága krónikus májbetegségekben (pneumococcus, influenza, hepatitis A, B, covid)**  
Gerlei Zsuzsanna, Budapest
- 12.00 **Vakcináció immunszuppresszív/biológiai terápiában részesülő IBD-s betegekben**  
Fábián Anna, Szeged
- 12.10 **A COVID-19 vakcina hatékonysága IBD-s betegekben**  
Miheller Pál, Budapest
- 12.10 **Vakcinával vagy nélküle? Meddig marad velünk a coronavirus a statisztika szerint?**  
Lakatos Botond, Budapest

2022. június 11. szombat

Toscana terem

12.30 – 13.30

*FERRING SZIMPÓZIUM*

Üléselnök: **Vincze Áron**, Pécs

**Az optimális meszalazin terápia és a nyálkahártya gyógyulás összefüggései**

Molnár Tamás, Szeged

**A meszalazin és a coloretális carcinóma összefüggései**

Papp Mária, Debrecen

**Új adatok a meszalazin biztonságosságára vonatkozóan**

Miheller Pál, Budapest

13.30 – 14.00

EBÉD

14.00 – 15.00

Toscana terem

POSTGRADUALIS KURZUS (PG7)  
**A NYELŐCSŐ BENIGNUS BETEGSÉGEI**

*Üléseknökök:* **Eröss Bálint**, Budapest **Halász Adrienn**, Székesfehérvár

14.00 **Nyelőcső motilitási zavarai és funkcionális betegségei**

Czimmer József, Pécs

14.15 **Refluxbetegség, Barrett metaplasia (követés, kemoprevenció)**

Eröss Bálint, Budapest

14.30 **Eosinophil oesophagitis**

Juhász Márk, Budapest

14.45 **Benignus nyelőcső szűkületek**

Rosztóczy András, Szeged

15.00 – 16.00

POSTGRADUALIS KURZUS (PG8)  
**GYOMORDAGANATOK**

*Üléseknökök:* **Bodoky György**, Budapest **Patai Árpád**, Budapest

15.00 **Gyomor rákmegelőző állapotok, daganatok, staging**

Hersényi László, Budapest

15.15 **Korai gyomorrák multimodális kezelése**

Altörjay István, Debrecen

15.30 **Gyomordaganatok multimodális kezelése (onkológia)**

Hitre Erika, Budapest

15.45 **Gyomordaganatok multimodális kezelése (sebészet)**

Papp András, Pécs

16.00 – 16.30

SZÜNET

16.00 – 17.00

POSTGRADUALIS KURZUS (PG9)  
**VÉKONYBÉL BETEGSÉGEK**

*Üléseknökök:* **Juhász Márk**, Budapest **Lovász Barbara**, Budapest

16.00 **Coeliakia**

Bajor Judit, Pécs

16.20 **Felszívódási zavarok**

Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

16.40 **Rövidbél szindróma**

Udvarhelyi Gábor, Budapest

17.00 – 18.00 POSTGRADUALIS KURZUS (PG10)  
**GASZTROENTEROLÓGIA ÉS SEBÉSZET VITÁS HATÁRTERÜLETEI**

*Üléselelnökök:* **Gurzó Zoltán**, Gyula **Fábián Anna**, Szeged

17.00 **Belevágjunk? - fedett perforáció, passage zavar**  
 Baracs József, Pécs

17.15 **Ischaemiás bélbetegség**  
 Iliás Ákos, Budapest

17.30 **Szövődményes diverticulitis**  
 Róka Richárd, Szeged

17.45 **Cholecystitis**  
 Papp András, Pécs

2022. június 11. szombat

Ibiza terem

14.00 – 15.00

ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSEK (ENDO5)  
**COVID HATÁSA AZ ENDOSZKÓPOSOKRA ÉS AZ ENDOSZKÓPIÁRA**

*Üléselelnökök:* **Pécsi Gyula**, Győr **Micskó Éva**, Budapest

14.00 **Endoszkópia indikációi a koronavírus ellátó egységben**  
 Kovács Zoltán, Kaposvár

14.12 **Reprocesszing a pandémiában**  
 Szabó Ágnes, Szeged

14.24 **Személyi védelem a pandémiában: magánellátásban**  
 Madácsy László, Székesfehérvár

14.36 **Személyi védelem a pandémiában: állami ellátásban**  
 Dubravcsik Zsolt, Kecskemét

14.48 **Endoszkópos labor fertőtlenítése SARS-CoV-2 beteg ellátását követően**  
 Bacskainé Beluzsár Adrienn, Miskolc

15.00 – 16.00 ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSEK (ENDO6)

**KÖZGYŰLÉS**

2022. június 11. szombat  
14.00 – 15.00

Marbella terem

SPECIÁLIS MUNKACSOPORT (SIG9)  
**BANÁLIS ANÁLIS PROBLÉMÁK MEGOLDÁSA**

Üléselnökök:

**Molnár Tamás**, Szeged

**Lázár György**, Szeged

14.00 **Perianális eltérések - minden ami nem Crohn**

Ónody Péter, Budapest

14.12 **Perianális eltérések - HS**

Glansenhardt Katalin, Szeged

14.24 **Perianális sipoly - ahogy a beteg látja**

video prezentáció

14.36 **Perianális CD gyógyszeres kezelési lehetőségei**

Sarlós Patrícia, Pécs

14.48 **Perianális eltérések - Crohn**

Baracs József, Pécs

2022. június 11. szombat

Toscana terem

18.30 – 19.00

*MICROMEDICAL SZIMPÓZIUM*

**EUH vezérelt epeúti intervenciók (LAMS felhasználás lehetőségei) –**  
*EUS – Guided Biliary Interventions (Potencial Application of LAMS)*

Előadó: **Szmola Richárd**, Budapest

19.00 – 19.30

*VITAMINKOSÁR SZIMPÓZIUM*

Üléselnök: **Wacha Judit**,

**Ki legyen a karmester? Sikerek és bukások a Bél-Agy Tengely  
Zenekarban**

*Who should be the conductor? Success and fall in the Gut-Brain-  
Axis Orchestra*

Előadó: **Székely György**, Budapest

19.30 –

**MGT KÖZGYŰLÉS**

2022. június 12. vasárnap  
8.00 – 9.00

PLENÁRIS ÜLÉS (P1)

Toscana terem

*Üléseelnökök:* **Vincze Áron**, Pécs **Hegyí Péter**, Budapest

- 8.00 **Mágnes-kontrollált gyomor kapszula endoszkópia, jelen vagy jövő?**  
Madácsy László, Székesfehérvár
- 8.20 **IBD és malignitás**  
Molnár Tamás, Szeged
- 8.40 **Hepatitis D aktuális helyzetéről, kezeléséről / HDV update 2022**  
Ferenci Péter, Austria, Bécs

9.00 – 10.00

PLENÁRIS ÜLÉS (P2)

*Üléseelnökök:* **Molnár Tamás**, Szeged **Gyökeres Tibor**, Budapest

- 9.00 **TOP8: PREVALENCE OF AUTOIMMUNE-PHENOMENA BEHIND CHRONIC GASTRITIS OF UNKNOWN ORIGIN, AND ITS ROLE IN POOR HISTOLOGICAL OUTCOME OF THE STOMACH: A SINGLE-CENTRE, RETROSPECTIVE CROSS-SECTIONAL STUDY**  
Zádori N.<sup>1,2</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Szakó L.<sup>1,2,3</sup>, Váncsa S.<sup>1,2,4,5</sup>, Vörhendi N.<sup>1,2</sup>, Szakács Z.<sup>1,3</sup>, Frim L.<sup>1</sup>, Péter H.<sup>1,2,4,5</sup>, Czimmer J.<sup>1,3</sup>  
1. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 2. János Szentágotthai Research Centre, University of Pécs; 3. First Department of Internal Medicine, University of Pécs, Medical School; 4. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 5. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University; 6. Division of Gastroenterology, First Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs
- 9.10 **TOP8: RESULTS WITH MAGNETICALLY CONTROLLED CAPSULE ENDOSCOPY COMBINED WITH REAL-TIME AI-LESION DETECTION IN PATIENTS WITH UNINVESTIGATED DYSPEPSIA: A PROSPECTIVE STUDY**  
Lovasz B.<sup>1,2</sup>, Finta A.<sup>3</sup>, Szalai M.<sup>3</sup>, Helle K.<sup>4</sup>, Oczella L.<sup>3</sup>, Rosztoczy A.<sup>4</sup>, Madacsy L.<sup>3</sup>  
1. Institute of Applied Health Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Endo-Kapszula Health Center and Endoscopy Unit, Székesfehérvár, Hungary; 4. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary
- 9.20 **TOP8: USTEKINUMAB IS ASSOCIATED WITH SUPERIOR TREATMENT PERSISTENCE COMPARED TO VEDOLIZUMAB IN REFRACTORY CROHN'S DISEASE PATIENTS: RESULTS FROM A MULTICENTRE COHORT STUDY**  
Bacsur P.<sup>1</sup>, Matuz M.<sup>2</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>3</sup>, Szamosi T.<sup>4</sup>, Schäfer E.<sup>4</sup>, Sarlós P.<sup>5</sup>, Iliás Á.<sup>6</sup>, Szántó K.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Milassin Á.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>  
1. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged; 2. Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmacy, University of Szeged, Szeged; 3. Department of Surgery and Interventional Gastroenterology,

Faculty of Medicine, Semmelweis University; 4. Department of Gastroenterology, Military Hospital - State Health Centre, Budapest; 5. First Department of Medicine, Faculty of Medicine, University of Pécs, Pécs; 6. First Department of Medicine, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest

9.30 **TOP8: NON-MEDICAL SWITCH BETWEEN ADALIMUMAB BIOSIMILARS AND FROM THE ORIGINATOR TO BIOSIMILARS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE PATIENTS – A MULTICENTRE STUDY ON EFFICACY AND DRUG SUSTAINABILITY**

Lontai L.<sup>1</sup>, Gonczi L.<sup>1</sup>, Balogh F.<sup>1</sup>, Komlodi N.<sup>1</sup>, Resal T.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Molnar T.<sup>2</sup>, Golovics P.<sup>3</sup>, Schafer E.<sup>3</sup>, Szamosi T.<sup>3</sup>, Miheller P.<sup>4</sup>, Ilias A.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>5</sup>

1. Department of Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. Department of Gastroenterology, Hungarian Defence Forces - Medical Centre, Budapest, Hungary; 4. Department of Surgery and Interventional Gastroenterology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Department of Gastroenterology, Mcgill University Health Center, Montréal, Canada

9.40

Toscana terem

**HETÉNYI GÉZA EMLÉKELŐADÁS**

**Utazás a gasztroenterológia nemzetközi vizein**

*Journey on international sea of gastroenterology*

Gyökeres Tibor, Budapest

10.00 – 10.30

SZÜNET

10.30 – 11.30

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP1)

Toscana terem

**THERAPEUTIC OPTIONS OF GERD (ANGOL NYELVŰ)**

*Üléselnökök:* **Czimmer József**, Pécs

**Papp András**, Pécs

10.30 **Pharmacological**

Rosztóczy András, Szeged

10.50 **Surgical**

Vass Tamás, Budapest

11.10 **Endoscopic**

Haidry Rehan, UK, London



11.30 – 12.30

Toscana terem

## SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP3)

**IBD KEZELÉSE - SZIKÉN INNEN, GYÓGYSZEREN TÚL**

Üléseelnökök: Miheller Pál, Budapest

Palatka Károly, Debrecen

11.30 **Plazmaferézis pro**

Farkas Klaudia, Szeged

11.40 **Plazmaferézis contra**

Tremmel Anna, Budapest

11.50 **Össejt terápia pro**

Szamosi Tamás, Budapest

12.00 **Össejt terápia contra**

Alizadeh Hussain, Pécs

11.10 **Széklet transzplantáció pro**

Bálint Anita, Szeged

12.20 **Széklet transzplantáció contra**

Czompa Diána, Budapest

2022. június 12. vasárnap

Ibiza terem

10.30 – 11.30

## SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP2)

**HÍLUSI DAGANATOK DIAGNOSZTIKÁJA, KEZELÉSE**

Üléseelnökök: Gyökeres Tibor, Budapest

Bursics Attila, Budapest

10.30 **Képkeltő diagnosztika**

Faluhelyi Nándor, Pécs

10.40 **Szükséges-e a mintavétel? Hogyan?**

Czakó László, Szeged

10.50 **Szűkület: endoszkópos kezelés**

Gódi Szilárd, Pécs

11.00 **Szűkület: intervenciós radiológiai kezelés**

Doros Attila, Budapest

11.10 **Mikor operáljuk meg a beteget?**

Szijártó Attila, Budapest

11.20 **A PTD JELENTŐSÉGE A PERIHILÁRIS EPEÚTI OBSTRUKCIÓKBAN: 12 ÉV, 599 ESETEN VÉGZETT PERKUTÁN TRANSHEPATIKUS DRAINAGE EREDMÉNYEI.**Kokas B.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Farkas N.<sup>2</sup>, Ujváry M.<sup>1</sup>, Móri S.<sup>1</sup>, Kalocsai A.<sup>1</sup>, Szücs Á.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest; 2. Pécsi Tudományegyetem, Bioanalitikai Intézet, Pécs

11.30 – 12.30

Ibiza terem

## SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP4)

**A MESTERSÉGES INTELLIGENCIA SZEREPE A GASTROINTESTINÁLIS TUMOROK KEZELÉSÉBEN**Üléselelnökök: **Bodoky György**, Budapest**Schwab Richárd**, Debrecen11.30 **Pathológia és a molekuláris biológia alapjai**

Schwab Richárd, Budapest

11.40 **Mesterséges intelligencia szerepe a precíziós onkológiai kezelésben**

Peták István, Budapest

12.00 **Precíziós onkológiai kezelések felső GI daganatokban**

András Csilla, Debrecen

12.20 **Precíziós onkológiai kezelések alsó GI daganatokban**

Torday László, Szeged

2022. június 12. vasárnap

Marbella terem

10.30 – 11.30

**IBD TAPASZTALATOK ÉS TERÁPIA**

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE1)

Üléselelnökök: **Farkas Klaudia**, Szeged **Müller Katalin**, Budapest10.30 **INCIDENCE, PREVALENCE, DISEASE PHENOTYPE AND MAXIMAL THERAPEUTIC STEP IN INCIDENT ULCERATIVE COLITIS PATIENTS BETWEEN 2007–2018 – CONTINUATION OF THE VESZPREM IBD POPULATION-BASED COHORT**Lakatos L.<sup>1</sup>, Gönczi L.<sup>2</sup>, Kürti Z.<sup>2</sup>, Golovics P.<sup>4</sup>, Pandúr T.<sup>3</sup>, Dávid G.<sup>1</sup>, Erdélyi Z.<sup>1</sup>, Szita I.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>2,5</sup>

1. Department of Gastroenterology, Ferenc Csolnoky Hospital, Veszprem, Hungary; 2. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Gastroenterology, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary; 4. Department of Gastroenterology, Hungarian Defence Forces Medical Centre, Budapest, Hungary; 5. Division of Gastroenterology, McGill University Health Center, Montreal, Quebec, Canada

10.40 **INCIDENCE, PREVALENCE, DISEASE PHENOTYPE AND MAXIMAL THERAPEUTIC STEP IN INCIDENT CROHN'S DISEASE PATIENTS BETWEEN 2007-2018 – CONTINUATION OF THE VESZPREM IBD POPULATION-BASED COHORT**Lakatos L.<sup>2</sup>, Gönczi L.<sup>1</sup>, Golovics P.<sup>3</sup>, Pandur T.<sup>4</sup>, David G.<sup>2</sup>, Erdélyi Z.<sup>2</sup>, Szita I.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>5</sup>

1. Department of Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Gastroenterology, Ferenc Csolnoky Hospital, Veszprem, Hungary; 3. Department of Gastroenterology, Hungarian Defence Forces- Medical Centre, Budapest, Hungary; 4. Department of Gastroenterology, Grof Esterhazy Hospital, Papa, Hungary; 5. Department of Gastroenterology, McGill University Health Centre, Montreal, Canada

- 10.50 **DISEASE MONITORING STRATEGY IN A PROSPECTIVE COHORT FROM A TERTIARY IBD CENTRE FROM HUNGARY: IS OBJECTIVE MONITORING STILL TAILURED TO THE PRESENCE OF CLINICAL SYMPTOMPS?**  
Lontai L.<sup>1</sup>, Kürti Z.<sup>1</sup>, Gönczi L.<sup>1</sup>, Balogh F.<sup>1</sup>, Komlódi N.<sup>1</sup>, Iliás Á.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>1,2</sup>  
 1. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Division of Gastroenterology, McGill University Health Center, Montreal, Quebec, Canada
- 11.00 **A PROTON PUMPA GÁTLÓK NEM BEFOLYÁSOLJÁK A TERÁPIÁS VÁLASZT VEDOLIZUMABBAL KEZELT GYULLADÁSOS BÉLBETEGEKBEN**  
Szemes K.<sup>1</sup>, Borbásné Dr. Farkas K.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>3</sup>, Fábián A.<sup>3</sup>, Szepes Z.<sup>3</sup>, Farkas K.<sup>3</sup>, Molnár T.<sup>3</sup>, Nagy F.<sup>3</sup>, Schäfer E.<sup>2</sup>, Szamosi T.<sup>2</sup>, Zsigmond F.<sup>2</sup>, Salamon Á.<sup>4</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>, Sarlós P.<sup>1</sup>  
 1. Pécsi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika; 2. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ - Honvédkórház; 3. Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika; 4. Tolna Megyei Balassa János Kórház
- 11.10 **EFFICACY OF SEQUENTIAL TREATMENT IN ANTI-TNF REFRACTORY ULCERATIVE COLITIS**  
Farkas B.<sup>1</sup>, Oláh P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>  
 1. Department of Internal Medicine, University of Szeged
- 11.20 **ILEOCECALIS REZEKCIÓK CROHN-BETEG GYERMEKEKBEN: ORSZÁGOS, MULTICENTRIKUS FELMÉRÉS, A HUPIR (HUNGARIAN PEDIATRIC IBD REGISTRY) ADATAI ALAPJÁN**  
Bajzát D.<sup>1,2</sup>, Sasi-Szabó L.<sup>4</sup>, Müller K.<sup>2,3</sup>  
 1. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Központ; 2. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet; 3. Pécsi Tudományegyetem, Transzlációs Medicina Intézet; 4. Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Intézet, Gyermeksebészeti osztály

11.30 – 12.30 **GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉS**  
 SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE3)

*Üléseelnökök:* **Bakucz Tamás**, Budapest **Szmola Richárd**, Budapest

- 11.30 **COLONIC DIVERTICULAR DISEASE IS A COMMON SOURCE OF ACTIVE OBSCURE GASTROINTESTINAL BLEEDING**  
Helle K.<sup>1</sup>, Sárdi K.<sup>1</sup>, Ollé G.<sup>1</sup>, Bálint L.<sup>1</sup>, Vadászi K.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>2</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>  
 1. Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged; 2. Endo-Kapszula Private Endoscopy Center, Székesfehérvár
- 11.40 **A KRITIKUS ÁLLAPOTÚ GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZŐ BETEGEK ELLÁTÁSA OSZTÁLYUNKON. MIÉRT MAGASABB A MORTALITÁS A FÉRFIAK KÖZÖTT?**  
Golovics P.<sup>1</sup>, Horváth I.<sup>1</sup>, Schafer E.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, Andrási P.<sup>1</sup>, Rényi T.<sup>1</sup>, Varsányi M.<sup>1</sup>, Rusznay K.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>  
 1. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Gasztroenterológiai Osztály

11.50 **THE SAFETY AND EFFICACY OF DIRECT ORAL ANTICOAGULANT RESUMPTION FOLLOWING A GASTROINTESTINAL BLEEDING EPISODE: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**

Pálinkás D.<sup>1,2</sup>, Teutsch B.<sup>1,3</sup>, Gagyi E.<sup>1</sup>, Engh M.<sup>1</sup>, Kalló P.<sup>3</sup>, Veres D.<sup>5</sup>, Földvári-Nagy L.<sup>6</sup>, Hosszúfalusi N.<sup>7</sup>, Herszényi L.<sup>2</sup>, Gyökeres T.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>1,3,4</sup>, Erőss B.<sup>1,3,4</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Gastroenterology, Military Hospital – State Health Centre, Budapest, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Faculty of Health Science, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. 3rd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

12.00 **ENDOSZKÓPOSAN NEM URALHATÓ HEVENY FELSŐ ÉS ALSÓ GASTROINTESTINALIS VÉRZŐ BETEGEK SIKERES ELLÁTÁSA A PETZ ALADÁR EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZBAN**

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

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

12.10 **RATE OF GASTROINTESTINAL BLEEDING AMONG ACUTE PANCREATITIS PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**

Engh M.<sup>1</sup>, Frim L.<sup>2</sup>, Veres D.<sup>1,4</sup>, Szakó L.<sup>2</sup>, Vörhendi N.<sup>2</sup>, Csiki E.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 3. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

12.20 **ONE IN FOUR PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL BLEEDING DEVELOPS SHOCK OR HAEMODYNAMIC INSTABILITY: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**

Obeidat M.<sup>1,2</sup>, Teutsch B.<sup>1,2</sup>, Rancz A.<sup>1</sup>, Tari E.<sup>2</sup>, Márta K.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1,4</sup>, Hosszúfalusi N.<sup>1,5</sup>, Mihály E.<sup>1,6</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>

1. Centre for Translation Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 3. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Third Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Medical School, Budapest, Hungary; 6. Second Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Medical School, Budapest, Hungary

2022. június 12. vasárnap

Panoráma terem

10.30 – 11.30

**FERTŐZŐ BETEGSÉGEK**

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE2)

*Üléseknökök:* **Tornai Tamás**, Budapest **Golovics Petra**, Budapest**10.30 A KÓRHÁZI FELVÉTELKOR MEGEMELKEDETT DE RITIS HÁNYADOS SZIGNIFIKÁNSAN ÖSSZEFÜGG A COVID-19 BETEGEK KÓRHÁZI MORTALITÁSÁVAL**Drácz B.<sup>1</sup>, Czompa D.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Hagymási K.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Székely H.<sup>1</sup>, Papp V.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Werling K.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**10.40 COVID INFECTION AND SEROCONVERSION IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE PATIENTS**Miheller P.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Csontos Á.<sup>1</sup>, Sárközi M.<sup>1</sup>, Cseprekál O.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University

**10.50 CRYOGLOBULINAEMIA JELENTŐSÉGE KRÓNIKUS C VÍRUS HEPATITIS MIATT GONDOZOTT BETEGEINK KÖRÉBEN**Élthes Z.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>1</sup>, Papp M.<sup>1</sup>, Palatka K.<sup>1</sup>, Tornai T.<sup>2</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>

1. 1. Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gasztroenterológia Klinika; 2. 2. Semmelweis Egyetem Városmajori Szív-és Érgyógyászati Klinika Pancreas Betegségek Részlege

**11.00 HCV SZŰRÉS ÉS DIREKT VÍRUSGÁTLÓ GYÓGYSZEREKKEL TÖRTÉNŐ KEZELÉS TAPASZTALATAI A BÖRTÖNÖKBEN**Werling K.<sup>1</sup>, Hunyady B.<sup>2</sup>, Makara M.<sup>3</sup>, Nemesi K.<sup>3</sup>, Horváth G.<sup>4</sup>, Schneider F.<sup>5</sup>, Enyedi J.<sup>6</sup>, Lesch M.<sup>7</sup>, Müller Z.<sup>8</sup>, Péterfi Z.<sup>9</sup>, Tóth T.<sup>10</sup>, Gács J.<sup>3</sup>, Fehér Z.<sup>5</sup>, Ujhelyi E.<sup>11</sup>, Molnár E.<sup>12</sup>, Nemes Nagy A.<sup>13</sup>

1. Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest; 2. Somogy megyei Kaposi Mór Oktató Kórház; 3. Dél-Pesti Centrumkórház Országos hematológiai és infektológiai intézet - Szent László telephely, Budapest; 4. Budai Hepatológiai Centrum, Budapest; 5. Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely; 6. Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger; 7. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak Jóna András Oktatókórház, Nyíregyháza; 8. Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktatókórház, Székesfehérvár; 9. Pécsi Tudomány Egyetem Klinikai Központ, Pécs; 10. Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; 11. Mikromikomed Kft, Budapest; 12. Semmelweis Egyetem Transzfúziológiai Tanszék, Budapest; 13. Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága Egészségügyi Főosztály, Budapest

- 11.10 **DIABETES MELLITUS IS NOT ASSOCIATED WITH HIGHER RISK OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA RECURRENCE IN DIRECT ACTING ANTIVIRAL TREATED HEPATITIS C INFECTED PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW WITH ANALYSIS**  
Váncsa S.<sup>1,2,3</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>, Engh M.<sup>2</sup>, Szakó L.<sup>1</sup>, Farkas Á.<sup>2</sup>, Pár G.<sup>4</sup>  
 1. Institute for Translational Medicine, Szentágothai Research Centre, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary
- 11.20 **COMPARISON OF THE PREVALENCE AND ENDOSCOPIC MANIFESTATION OF H.PYLORI INFECTION IN 10 YEARS.**  
Vessel A.<sup>1</sup>, Alijanpourotaghshara A.<sup>1</sup>, Mag K.<sup>2</sup>, Majlát Z.<sup>3</sup>, Tulassay Z.<sup>1</sup>, Mihály E.<sup>1</sup>  
 1. Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University, 1088 Budapest, 46 Szentkirályi str; 2. Department of Gastroenterology, Szent Borbála Hospital, Tatabánya; 3. Department of Internal Medicine, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest Hungary

11.30 – 12.30

Panoráma terem

**PANKREÁSZ ALAPKUTATÁS**  
 SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE4)

*Ülésezők:* **Venglovecz Viktória**, Szeged    **Varga Gábor**, Budapest

- 11.30 **A HASNYÁLMIRIGY DUKTÁLIS EPITÉL SEJTEK TRANSZDIFFERENCIÁCIÓS LEHETŐSÉGE AZ ENDOKRIN SEJTSORS IRÁNYÁBA**  
Kiss A.<sup>1,2</sup>, Varga Á.<sup>1,2,3</sup>, Madácsy T.<sup>1,2,3</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Groma G.<sup>4</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>  
 1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Klinika; 2. Szegedi Tudományegyetem, Momentum Epitél Sejt Szignalizáció és Szekréció Kutatócsoport; 3. Szegedi Tudományegyetem, HCEMM-SZTE Molekuláris Gasztroenterológia Kutatócsoport; 4. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika
- 11.40 **THE INHIBITION OF THE MITOCHONDRIAL NA<sup>+</sup>/CA<sup>2+</sup> EXCHANGER PREVENTS ACINAR CELL DAMAGE IN ACUTE PANCREATITIS IN MICE**  
Csákány-Papp N.<sup>1</sup>, Madácsy T.<sup>1</sup>, Molnár M.<sup>1</sup>, Varga Á.<sup>1</sup>, Jóíárt B.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>2</sup>  
 1. First Dept of Medicine, University of Szeged; 2. MTA-SZTE Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group and Department of Public Health, Szeged, Hungary

- 11.50 **POLARITY-CHANGED HUMAN PANCREATIC EPITHELIAL ORGANOIDS PROVIDE ADVANCED ACCESSIBILITY TO APICAL MEMBRANE PHYSIOLOGY**  
Varga Á.<sup>1,2,3</sup>, Madácsy T.<sup>1,2,3</sup>, Görög M.<sup>1,2</sup>, Kiss A.<sup>1,2</sup>, Susánszki P.<sup>1,2</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Farkas G.<sup>4</sup>, Szederkényi E.<sup>4</sup>, Lázár G.<sup>4</sup>, Farkas A.<sup>5</sup>, Ayaydin F.<sup>5</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>  
 1. Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. HAS-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. HCEMM-SZTE Molecular Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Hungarian Centre of Excellence for Molecular Medicine (HCEMM) Nonprofit Ltd., Szeged, Hungary
- 12.00 **EXAMINATION THE PROTECTIVE EFFECT OF ORAI1 CA2+ CHANNEL INHIBITION IN CHRONIC PANCREATITIS**  
Szabó V.<sup>1,2,3,4</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Csákány-Papp N.<sup>1,2,3,4</sup>, Görög M.<sup>1,2</sup>, Tél B.<sup>1,2,5</sup>, Jójiárt B.<sup>1,2,3,4</sup>, Molnár M.<sup>1,2</sup>, Varga Á.<sup>1,2,3,4</sup>, Madácsy T.<sup>1,2,3,4</sup>, Hegyi P.<sup>6</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>  
 1. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, HAS-University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. Molecular Gastroenterology Research Group, HCEMM-University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. Doctoral School of Theoretical Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. 1st Department of Paediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Centre for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary
- 12.10 **ISLET DAMAGE AND REGENERATION IN A MOUSE MODEL OF CHRONIC PANCREATITIS**  
Ébert A.<sup>1</sup>, Gajdos T.<sup>2</sup>, Erdélyi M.<sup>2</sup>, Molnár R.<sup>3</sup>, Kelemen D.<sup>5</sup>, Hegyi P.<sup>3,4,6</sup>, Venglovecz V.<sup>1</sup>  
 1. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Department of Optics and Quantum Electronics, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. MTA-SZTE Momentum Translational Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Department of Surgery, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Institute for Translational Medicine/1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary
- 12.20 **CFTR ACTIVITY IS DETERMINED STORE-INDEPENDENTLY BY SPCA2/STIM1/ORAI1 COMPLEX IN SECRETORY EPITHELIAL CELLS**  
Varga Á.<sup>1,2,3</sup>, Görög M.<sup>1,2</sup>, Madácsy T.<sup>1,2,3</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Kiss A.<sup>1,2</sup>, Susánszki P.<sup>1,2</sup>, Jójiárt B.<sup>1,2,3</sup>, Tél B.<sup>4</sup>, Balázs A.<sup>5</sup>, Farkas G.<sup>6</sup>, Szederkényi E.<sup>6</sup>, Lázár G.<sup>6</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>  
 1. Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. HAS-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. HCEMM-SZTE Molecular Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. First Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Department of Pediatric Pulmonology, Immunology and Intensive Care Medicine, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany; 6. Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary

12.30 – 13.30

**„A NAGY ÁLOM: ÚJ VIZEKEN JÁROK - ÚJ HORIZONTOK LIBEGNEK  
ELÉBED" (Ady Endre)  
JANSSEN SZIMPÓZIUM**

**Kerekasztal beszélgetés az IBD kezelés aktualitásairól**

*Résztevők:*

**Gyökeres Tibor;** Budapest **Miheller Pál;** Budapest **Molnár Tamás;**  
Szeged **Palatka Károly;** Debrecen **Vincze Áron,** Pécs

13.30 – 14.00

Toscana terem

**POSZTER 1 + SZENDVICS EBÉD**

*Moderátorok:* **Czimmer József,** Pécs **Patai Árpád,** Budapest  
**Palatka Károly,** Debrecen **Izbéki Ferenc,** Székesfehérvár

**1. HAEMOSUCCUS PANCREATICUS, AZ OBSKURUS GI VÉRZÉS RITKA OKA  
(ESETBEMUTATÁS)**

Dr. Nyikos O.<sup>1</sup>, Prof. Dr. Izbéki F.<sup>1</sup>, dr. Vajda Z.<sup>2</sup>

1. Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászat; 2. Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Radiológiai Osztály

**2. MALABSZORPCIÓS SZINDRÓMA RITKA OKA EGY DIABETESES  
BETEGÜNKNÉL**

Dr. Czuczor V.<sup>1</sup>, Dr. Ágoston S.<sup>1</sup>, Dr. Kovács G.<sup>1</sup>, Dr. Kovács J.<sup>1</sup>, Dr. Polocsányi B.<sup>1</sup>, Dr. Rácz F.<sup>1</sup>, Dr. Szegedi L.<sup>1</sup>, Dr. Ráski G.<sup>2</sup>, Dr. Szegedi Z.<sup>2</sup>, Dr. Nagy S.<sup>3</sup>, Dr. Szabó G.<sup>3</sup>, Dr. Jurkinya R.<sup>4</sup>

1. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház, I. sz. Belgyógyászat; 2. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház, Radiológiai Osztály; 3. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház, Sebészeti Osztály; 4. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály

**3. QUALITY OF LIFE AND STRESS ASSESSMENT IN PATIENTS WITH ACUTE AND  
CHRONIC PANCREATITIS: PRELIMINARY RESULTS OF THE GOULASH-PLUS  
CLINICAL TRIAL**

Kató D.<sup>1</sup>, Lillik V.<sup>1</sup>, Verbói M.<sup>1</sup>, Sarlós P.<sup>2</sup>, Vincze Á.<sup>2</sup>, Kovács A.<sup>3</sup>, Sztrikovics S.<sup>3</sup>, Müller É.<sup>3</sup>, Bódis B.<sup>4</sup>, Gajdán L.<sup>5</sup>, Izbéki F.<sup>5</sup>, Hegyi P.<sup>1,6,7,8</sup>, Mikó A.<sup>1,9</sup>

1. Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Medical School, Hungary; 2. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Medical School, Hungary; 3. Department of Radiology, University of Pécs, Medical School, Hungary; 4. Division of Endocrinology and Metabolism First Department of Medicine, University of Pécs, Medical School, Hungary; 5. Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 6. Center for



Translational Medicine, Semmelweis University, Hungary; 7. János Szentágotthai Research Center, University of Pécs, Hungary; 8. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Hungary; 9. Department of Medical Genetics, University of Pécs, Medical School, Hungary

4. **AZ ENDOSZKÓPOS VÁKUUMTERÁPIA (EVT) ALKALMAZÁSÁNAK BEMUTATÁSA EGY A NYELŐCSŐ IATROGÉN SÉRÜLÉSE KAPCSÁN**  
Dr. Balogh C.<sup>1</sup>, Dr. Dancs N.<sup>1</sup>, Kiss G.<sup>1</sup>, Dr. Pécsi G.<sup>1</sup>  
 1. Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház
5. **A DIAGNÓZIS RÖGÖS ÚTJA. WHIPPLE-KÓR DIAGNOSZTIZÁLÁSA 18 ÉVES KÓRLEFOLYÁS UTÁN**  
Dr. Rétfalvi G.<sup>1</sup>, Dr. Németh B.<sup>1</sup>, Dr. Kovács V.<sup>1</sup>, Dr. Durcsán H.<sup>1</sup>, Dr. Pécsi D.<sup>1</sup>, Dr. Almási K.<sup>2</sup>, Dr. Pécsi G.<sup>1</sup>  
 1. Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia; 2. Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, Patológiai Osztály
6. **A SÁRGA ÖTVEN ÁRNYALATA... OKNYOMOZÁS ICTERUS MIATT KÍNAI BETEGBEN**  
Rusznay K.<sup>1</sup>, Varsányi M.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>  
 1. MH EK Honvédkórház Gasztroenterológia Budapest
7. **IDEGENTEST ELTÁVOLÍTÁS A FELSŐ GASZTRONTESZTINÁLIS TRAKTUSBÓL – MELYIKET? MIKOR? HOGYAN?**  
dr.Völgyi Z.<sup>1</sup>  
 1. Zala Megyei Szent Rafael Kórház, II.Belgyógyászat Osztály
8. **ÚJ FEJLESZTÉSEK A CHOLANGIOSCOPIÁBAN - EGYSZERHASZNÁLTOS DUODENOSCOPE**  
Dr. Szegedi L.<sup>1</sup>  
 1. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház I. Belgyógyászat
9. **ENDOSCOPOS ULTRAHANGOS VIZSGÁLATOKKAL SZERZETT TAPASZTALATAINK AZ ELTELT ÖT ÉVBEN – TANULÁS, PANCREAS PSEUDOCYST/WOPN LAMS STENT BEHELYEZÉSE**  
Kovács G.<sup>1</sup>, Ágoston L.<sup>1</sup>, Vén L.<sup>1</sup>, Szegedi L.<sup>1</sup>  
 1. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház
10. **EVOLUTION OF DISEASE PHENOTYPE, TREATMENT STRATEGY AND SURGICAL OUTCOMES IN INCIDENT ULCERATIVE COLITIS PATIENTS BETWEEN 2007–2018 – CONTINUATION OF THE VESZPREM IBD POPULATION-BASED COHORT**  
Gönczi L.<sup>3</sup>, Lakatos L.<sup>1</sup>, Kürti Z.<sup>3</sup>, Golovics P.<sup>5</sup>, Pandúr T.<sup>2</sup>, Dávid G.<sup>1</sup>, Erdélyi Z.<sup>1</sup>, Szita I.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>3,4</sup>  
 1. Department of Gastroenterology, Ferenc Csolnoky Hospital, Veszprem, Hungary; 2. Department of Gastroenterology, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary; 3. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Division of Gastroenterology, McGill University Health Center,

Montreal, Quebec, Canada; 5. Department of Gastroenterology, Hungarian Defence Forces Medical Centre, Budapest, Hungary

- 11. RECIDÍV SIGMA VOLVULUS KEZELÉSE ENDOSCOPOS PERCUTAN SIGMOIDEOSTOMA KÉPZÉssel, ESET BEMUTATÁS**  
Bencze V.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Szűcs Á.<sup>1</sup>, Bánky B.<sup>1</sup>, Prof. Szijártó A.<sup>1</sup>  
 1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika
- 12. PYODERMA GANGRENOSUM KEZELÉSE IBD CENTRUMUNKBAN INFLIXIMAB TERÁPIÁVAL**  
Molnár E.<sup>1</sup>, Schäfer E.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>2</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>  
 1. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia Osztály; 2. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, II. sz. Sebészeti Osztály
- 13. AMPULLARIS NEOPLASIAK KEZELÉSE – KIÉ A BETEG?**  
Gellért B.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Péter Z.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Dudás I.<sup>2</sup>, Benke M.<sup>1</sup>, Marjai T.<sup>1</sup>, Szűcs Á.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>  
 1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Orvosi Képző Klinika
- 14. THE INCIDENCE OF RECURRENT ACUTE PANCREATITIS AND CHRONIC PANCREATITIS AFTER ACUTE PANCREATITIS. A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.**  
Gagyi E.<sup>1,2</sup>, Teutsch B.<sup>1,3</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Pálinkás D.<sup>1,4</sup>, Vörhendi N.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>1,3,5</sup>, Eröss B.<sup>1,3,5</sup>  
 1. 1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. 2. Selye János Doctoral College for Advanced Studies, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. 4. Military Hospital – State Health Centre, Budapest, Hungary; 5. 5. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary
- 15. MICROSCOPIC COLITIS IS A RISK FACTOR FOR LOW BONE DENSITY: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**  
Rancz A.<sup>1</sup>, Teutsch B.<sup>2</sup>, Engh M.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>3</sup>, Földvári-Nagy L.<sup>4</sup>, Eröss B.<sup>5</sup>, Hosszúfalusi N.<sup>6</sup>, Juhász M.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>5</sup>, Mihály E.<sup>6</sup>  
 1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, 1085 Budapest, Üllői street 26, Hungary; 2. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, 4624 Pécs, Szigeti street 12, Hungary; 3. Semmelweis University Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, 1085 Budapest, Üllői street 26, Hungary; 4. Department of Genetics, Eötvös Loránd University, 1053 Budapest, Egyetem square 1-3, Hungary; 5. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest 1122, Gaál József street 9, Hungary; 6. Department of Internal Medicine and Haematology, Semmelweis University, 1088 Budapest, Szentkirályi str. 46
- 16. TŰNETSZEGÉNY BÉLBETEGSÉG=CROHN?**  
Szatmári R.<sup>1</sup>, Werling K.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Bánky B.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>  
 1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

- 17. EVOLUTION OF DISEASE PHENOTYPE, TREATMENT STRATEGY AND SURGICAL OUTCOMES IN INCIDENT CROHN'S DISEASE PATIENTS BETWEEN 2007-2018 - CONTINUATION OF THE VESZPREM IBD POPULATION-BASED COHORT**  
Gonczi L.<sup>1</sup>, Lakatos L.<sup>2</sup>, Golovics P.<sup>3</sup>, Pandur T.<sup>4</sup>, David G.<sup>2</sup>, Erdélyi Z.<sup>2</sup>, Szita I.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>5</sup>  
 1. Department of Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Gastroenterology, Ferenc Csolnoky Hospital, Veszprem, Hungary; 3. Department of Gastroenterology, Hungarian Defence Forces-Medical Centre, Budapest, Hungary; 4. Department of Gastroenterology, Grof Esterhazy Hospital, Papa, Hungary; 5. Department of Gastroenterology, McGill University Health Centre, Montreal, Canada
- 18. DUPLEX SMALL BOWEL BENIGN TUMOR: RARE SOURCE OF OCCULT GASTROINTESTINAL BLEEDING AND PERSISTENT ANAEMIA**  
Hegede G.<sup>1</sup>, Urszu M.<sup>2</sup>, Hamvas J.<sup>1</sup>  
 1. Dept. of Gastroenterology Péterfy Hospital Budapest; 2. Dept. of Surgery Peterfy Hospital Budapest
- 19. APPLICATION OF ENDOSONOGRAPHY IN LIVER DISEASES ENDO-HEPATOLOGY: A NEW PARADIGM,**  
Hamvas J.<sup>1,2</sup>  
 1. Dept. of Gastroenterology Péterfy Hospital Budapest; 2. Dept. of Gastroenterology Bajcsy-Zsiinszky teaching Hospital Budapest
- 20. TERÁPIÁS PLAZMAFEREZIS KEZELÉS SÜRGETŐ MÁJTRANSZPLANTÁCIÓRA VÁRÓ KRÓNIKUS MÁJBETEGNÉL-ESETISMERTETÉS**  
Dancs N.<sup>1</sup>, Ujpal I.<sup>2</sup>, Molnár K.<sup>2</sup>, Gerlei Z.<sup>3</sup>, Gervain J.<sup>4</sup>, Pécsi G.<sup>1</sup>  
 1. Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia; 2. Országos Vérellátó Szolgálat, Győr; 3. SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Hepatológia Ambulancia; 4. FM Szent György Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászat/Gasztroenterológia; Terápiás Aferezis Bizottság

14.00 – 15.00

Toscana terem

## PANEL SEKCIÓ (HS1)

**A THROMBOEMBOLIA ÉS GI VÉRZÉS ÚTVESZTŐJE, SEGÍT-E AZ IRÁNYTŰ?**Üléselnökök: **Schäfer Eszter**, Budapest**Eröss Bálint**, Budapest

- 14.00 **Akut gasztrointesztinális vérzés és antiaggregáns vagy antikoaguláns terápia**  
 Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg
- 14.06 **Tromboemboliás rizikó becslése vérzésben**  
 Vass Andrea, Szeged
- 14.12 **Konzervatív kezelések eredményessége**  
 Papp Mária, Debrecen
- 14.18 **Endoszkópos beavatkozás eredményessége**  
 Papp Veronika, Budapest

14.24 **Mikor adjuk vissza az antiaggregáns és antikoaguláns kezelést?**

Pállinkás Dániel, Budapest

14.30 **Bridging vs. no bridging endoszkópos beavatkozás előtt és után**

Illés Anita, Pécs

14.36 Vita

---

15.00 – 16.00

Toscana terem

PANEL SZEKCIÓ (HS3)

**KORAI NEOPLASIÁK A RECTUMBAN: SEBÉSZI VS. ENDOSCOPOS TERÁPIA**

Üléselnökök: **Bánky Balázs**, Budapest

**Vasas Béla**, Szeged

15.00 **Diagnosztika**

Gódi Szilárd, Pécs

15.10 **Ameddig az endoszkópos nyújtózkodhat**

Szepes Zoltán, Szeged

15.20 **Hívjunk sebészt!**

Bánky Balázs, Budapest

15.30 Vita

---

2022. június 12. vasárnap

Ibiza terem

14.00 – 15.00

PANEL SZEKCIÓ (HS2)

**KRÓNIKUS PANCREATITIS**

Üléselnökök: **Czakó László** Szeged

**Horváth Miklós**, Budapest

14.00 **Diagnosztika nehézségei**

Illés Dóra, Szeged

14.08 **EI a kezekkel! - konzervatív kezelés**

Kui Balázs, Szeged

14.16 **Elsőként endoszkópia: átmeneti megoldás?**

Gyökeres Tibor, Budapest

14.24 **Korai műtét: végleges megoldás?**

Szűcs Ákos, Budapest

14.32 Vita

---

15.00 – 16.00

Ibiza terem

PANEL SZEKCIÓ (HS4)  
**AKUALITÁSOK A COVID GASZTROENTEROLÓGIAI VONATKOZÁSÁBAN**

Üléselnökök: **Bajor Judit**, Pécs**Gasztonyi Beáta**, Zalaegerszeg

- 15.00 **COVID és a tápcsatorna**  
Szamosi Tamás, Budapest
- 15.06 **COVID és a máj**  
Hunyady Béla, Kaposvár
- 15.12 **COVID és a pancreas**  
Varga Márta, Békéscsaba
- 15.18 **COVID és a mikrobiom**  
Tóth Gábor Tamás, Budapest
- 15.24 **COVID és a vakcinák**  
Péterfi Zoltán, Pécs
- 15.30 **COVID és a gyermek**  
Vas Noémi, Szeged
- 15.36 Vita

2022. június 12. vasárnap

Marbella terem

14.00 – 15.00

ESETBEMUTATÁSOK (CASE1)  
**PEDIG ÉN JÓT AKARTAM - FATÁLIS ESETEK AZ IBD ELLÁTÁSA SORÁN**

Moderátor: **Miheller Pál**, Budapest

- 14.00 **Jobb későn, mint soha?**  
Bacsur Péter, Szeged
- 14.20 **Mondd, te mit választanál?**  
Sarlós Patrícia, Pécs
- 14.40 **Lehet-e elég szoros a követés?**  
Élthes Zsuzsa, Debrecen

2022. június 12. vasárnap  
15.00 – 16.00

Marbella terem

ESETBEMUTATÁSOK (CASE3)  
**AMIKOR A NYELŐCSŐ SZTENT NEM MŰKÖDIK**

Moderátor: **Horváth Miklós**, Budapest

15.00 **Magas szűkület**  
Andrási Péter, Budapest

15.20 **Szent a szentben**  
Bor Renáta, Szeged

15.40 **Stent migráció**  
Illés Dóra, Szeged

---

2022. június 12. vasárnap  
14.00 – 15.00

Panoráma terem

ESETBEMUTATÁSOK (CASE2)  
**VÁRJ, MÍG FELKEL MAJD A NAP? - ENDOSZKÓPOS ÜGYELET**

Moderátor: **Dubravcsik Zsolt**, Kecskemét

14.00 **Intoxikáció**  
Halász Adrienn, Székesfehérvár

14.20 **Idegentest**  
Gombos Eszter, Budapest

14.40 **Vérzés**  
Patai Árpád, Budapest

---

2022. június 12. vasárnap  
15.00 – 16.00

Panoráma terem

ESETBEMUTATÁSOK (CASE4)  
**BIZTOS, HOGY MÁS A HIBÁS? - MÁJKÁROSODÁSOK**

Moderátor: **Papp Mária**, Debrecen

15.00 **COVID-19 kinek van ilyen esete?**  
Hajdu Helga, Budapest

15.20 **Statinok és a máj: ellenség vagy barát?**  
Halász Réka, Szeged

15.40 **Biológiai terápia**  
Lovász Barbara, Budapest

16.00 – 16.30 SZÜNET – REKLÁMOK Toscana terem

2022. június 12. vasárnap Toscana terem

16.30 – 17.30 SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP5)

**FELSŐ TÁPCSATORNA: KORAI ELVÁLTOZÁSOK ENDOSZKÓPOS FELISMERÉSE**

Üléseelnökök: **Madácsy László**, Székesfehérvár

**Gyökeres Tibor**, Budapest

16.30 **Színezd újra! - Hagyományos és virtuális kromoendoszkópia**  
Erőss Bálint, Budapest

16.50 **MI segít? - A mesterséges intelligencia szerepe**  
Szalai Milán, Székesfehérvár

17.10 **Minőségi endoszkópia: elvárások és a magyar valóság**  
Bor Renáta, Szeged

17.30 – 18.30 SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP6) Toscana terem

**ZSÍRMÁJ ÚJRAGONDOLVA: NAFLD, MAFLD**

Üléseelnökök: **Pár Gabriella**, Pécs

**Hagymási Krisztina**, Budapest

17.30 **Minek nevezzetek? - új nómenklatúra**  
Werling Klára, Budapest

17.45 **Meddig menjünk el a kivizsgálásban?**  
Schuller János, Budapest

18.00 **Multidiszciplináris gondozás**  
Lengyel Gabriella, Budapest

18.15 **Potenciális új gyógyszerek**  
Pár Alajos, Pécs

2022. június 12. vasárnap Ibiza terem

16.30 – 17.30

**BIZONYÍTÉKON ALAPULÓ ÚTMUTATÓK (EBM1)  
MÁJBETEGSÉGEK SÚLYOSSÁGÁNAK ÉS PROGNÓZISÁNAK NEM-INVAZÍV  
VIZSGÁLÓMÓDSZEREI**

Üléseelnökök: **Szalay Ferenc**, Budapest **Hunyady Béla**, Kaposvár

16.30 **Klinikai score rendszerek**  
Görög Dénes, Budapest

16.45 **Hepaticus encephalopathia új vizsgálómódszerei**  
Papp Mária, Debrecen

17.00 **Elasztográfia**  
Horváth Gábor, Budapest

17.15 **Biokémiai fibrosis diagnosztika**  
Pár Gabriella, Pécs

---

17.30 – 18.30 Ibiza terem

**BIZONYÍTÉKON ALAPULÓ ÚTMUTATÓK (EBM2)  
ÖRÖKLETES POLYPOSIS SYNDROMÁK KÖVETÉSI STRATÉGIÁJA**

Üléselnökök: **Szepes Zoltán**, Szeged **Karoliny Anna**, Budapest

17.30 **Nézd meg az ősokeket: Lynch szindróma (HNPCC) és a családi halmozódású CRC**  
Patai Árpád, Budapest

17.45 **Csak ha felismerik: Fogazott polipózis szindróma**  
Patai Árpád, Szombathely

18.00 **Számolni tudni kell: Adenomatózus polyposis (FAP, AFAP, MUTHY)**  
Kristóf Tünde, Miskolc

18.15 **Cseppkövek között: Hamartomatózus (PJS, JP)**  
Varga Márta, Békéscsaba

---

2022. június 12. vasárnap

Marbella terem

16.30 – 17.30

**TRANSZLÁCIÓS SZEKCIÓ (TM1)  
X-GENERÁCIÓ: EPI-GENETIKAI DIAGNOSZTIKA ÉS TERÁPIA 2000S ÉVEKBEN**

Moderátorok: **Molnár Béla**, Budapest **Hegyi Eszter**, Pécs

16.30 **Colorectal adenoma-cancer exom seugence analysis of colon and liquid biopsy specimen: Diagnostic, screening and prognostic application**  
Kalmár Alexandra, Budapest

16.42 **Molecular Pathology diagnostics of colon cancer**  
Schwab Richárd, Budapest

16.54 **Therapy response prediction in colon cancer by new generation sequencing**  
Peták István, Budapest

17.06 **Epigenetic analysis : what is it for?**  
Molnár Béla, Budapest

17.18 **Label free DNA sequencing : new way of whole genomic and epigenomic analysis**  
Dysko Anna, UK



17.30 – 18.30

Marbella terem

TRANSLÁCIÓS SZEKCIÓ (TM2)  
**NOVEL PRECLINICAL MODELS IN GI RESEARCH**

Moderátorok: **Maléth József**, Szeged **Rakonczay Zoltán**, Szeged

17.30 **Identifying disease mechanisms in colorectal cancer and pancreatic ductal adenocarcinoma by the organic technology**

Wiener Zoltán, Budapest

17.45 **Inzulin termelő humán béta-sejt organoidok létrehozása indukált pluripotens őssejtekből, funkcionális elemzés in vitro és egér kísérletekben**

Dinnyés András<sup>1,2</sup>, Polgári Suchitra<sup>1</sup>, Zana Melinda<sup>1</sup>, Fehér Anita<sup>1</sup>

1 BioTalentum Kft, 2 Szegedi Tudományegyetem

18.00 **Organoids at the PUB: The Porcine Urinary Bladder Serves as a Pancreatic Niche for Advanced Cancer Modeling**

Melzer Michael, Ulm

18.15 **Organoids in pancreatic research: novel tool in the study of pancreatic physiology and pathology**

Maléth József, Szeged

2022. június 12. vasárnap

Panoráma terem

16.30 – 17.30

**TÁPCSATORNA ALAPKUTATÁS**  
 SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE5)

*Üléselnökök:* **Zádori Zoltán**, Budapest **Molnár Tamás**, Szeged

16.30 **A LIZOFOSZFATIDSÁV 2 (LPA2) RECEPTOR BÉLKÁROSODÁSRA KIFEJTETT HATÁSÁNAK RÉSZLETES VIZSGÁLATA EGÉRMODELLBEN**

Hutka B.<sup>1</sup>, László S.<sup>1</sup>, Balogh A.<sup>2</sup>, Benyó Z.<sup>2</sup>, Al-Khrasani M.<sup>1</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Zádori Z.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet; 2. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Intézet

16.40 **A LIZOFOSZFATIDSÁV 2 (LPA2) RECEPTOR STIMULÁCIÓJA MÉRSÉKLI AZ INDOMETHACIN ÁLTAL OKOZOTT GYOMORNYÁLKAHÁRTYA KÁROSODÁST**

Ilankovic K.<sup>1</sup>, Al-Khrasani M.<sup>1</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Zádori Z.<sup>1</sup>, Hutka B.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet

16.50 **DEFINING THE HUMAN COLON ORGANOID'S CYTOKINE PATTERN IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**

Molnár T.<sup>1,2</sup>, Jójiárt B.<sup>1,2,4</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Szántó K.<sup>1</sup>, Kata D.<sup>5</sup>, Földesi I.<sup>5</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3,4</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>

1. University of Szeged, Faculty of Medicine, First Department of Medicine; 2. Hungarian Academy of Science - University of Szeged Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group; 3. University of Szeged, Faculty of Medicine, Department of Public Health; 4. Hungarian Centre of Excellence of Molecular Medicine – University of Szeged Molecular Gastroenterology Research Group; 5. University of Szeged, Faculty of Medicine, Institute of Laboratory Medicine

17.00 **MOUSE ESOPHAGEAL ORGANOID CULTURES ARE THE NOVEL MODEL FOR STUDYING THE EPITHELIAL ION TRANSPORT MECHANISMS**

Korsós M.<sup>1</sup>, Bellák T.<sup>2,3</sup>, Becskeházi E.<sup>1</sup>, Gál E.<sup>1</sup>, Veréb Z.<sup>4</sup>, Venglovecz V.<sup>1</sup>

1. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged; 2. Department of Anatomy, Histology and Embryology, University of Szeged; 3. BioTalentum Ltd., Gödöllő, Hungary; 4. Regenerative Medicine and Cellular Pharmacology Research Laboratory, Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged

17.10 **NHE-1 PLAYS A CENTRAL ROLE IN THE SMOKE-INDUCED PROLIFERATION IN BARRETT'S ESOPHAGEAL CELL LINE**

Becskeházi E.<sup>1</sup>, Korsós M.<sup>1</sup>, Gál E.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, Hoyk Z.<sup>3</sup>, Deli M.<sup>3</sup>, Köhler Z.<sup>4</sup>, Keller-Pintér A.<sup>4</sup>, Horváth A.<sup>5</sup>, Csekő K.<sup>6,7</sup>, Helyes Z.<sup>6,7</sup>, Hegyi P.<sup>8,9,10</sup>, Venglovecz V.<sup>1</sup>

1. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. Institute of Biophysics, Biological Research Centre, Szeged, Hungary; 4. Department of Biochemistry, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Department of Pharmacognosy, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Medical School & Szentágotthai Research Centre, University of Pécs, Pécs, Hungary; 7. PharmInVivo Ltd., Pécs, Hungary; 8. First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 9. Institute for Translational Medicine, Medical School & Szentágotthai Research Centre, University of Pécs, Pécs, Hungary; 10. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary

17.20 **SERUM AND MUCOSAL SERPIN E1 CONCENTRATION REFLECTS TO THE DISEASE ACTIVITY AND THERAPY RESPONSE IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE - POTENTIAL NEW ACTIVITY MARKER**

Jójiárt B.<sup>1,2,3</sup>, Molnár T.<sup>1,2</sup>, Kata D.<sup>4</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Varga Á.<sup>1,2,3</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Bacsúr P.<sup>1</sup>, Szántó K.<sup>1</sup>, Földesi I.<sup>4</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>

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

---

17.30 – 18.30 **TUMOROK AZ EMÉSZTŐRENDSZERBEN**  
SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE6)

*Üléseelnökök:* **Altorjay István**, Debrecen      **Lakatos Gábor**, Budapest

17.30 **INTERVALLUM TUMOROK ALAKULÁSA 2010-2020 KÖZÖTT AZ SZTE BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA BETEGANYAGÁBAN**

Bősze Z.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem Belgyógyászati Klinika

- 17.40 **RESULTS OF COLORECTAL CANCER SCREENING AT SEMMELWEIS UNIVERSITY**  
Longobardi S.<sup>1</sup>, Strelnikov D.<sup>1</sup>, Ilsz. Belgyógyászati Klinika E.<sup>1</sup>, Sipos F.<sup>1</sup>, Németh A.<sup>1</sup>, Mihály E.<sup>1</sup>  
 1. Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University, 1088 Budapest, 46 Szentkirályi str; 2. 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, 1088 Budapest, 46 Szent királyi str
- 17.50 **VÉKONYBÉL MALIGNÓMÁK A PETZ ALADÁR EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ 5 ÉVES BETEGANYAGÁBAN.**  
Pécsi D.<sup>1</sup>, Kovács V.<sup>1</sup>, Durcsán H.<sup>1</sup>, Rétfalvi G.<sup>1</sup>, Kokas M.<sup>1</sup>, Kiss G.<sup>1</sup>, Tomasits K.<sup>1</sup>, Regőczy H.<sup>1</sup>, Pécsi G.<sup>1</sup>  
 1. Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia Osztály
- 18.00 **EFFECT INVESTIGATION OF LAG TIME BETWEEN THE START OF DIAGNOSTIC PROCEDURE AND TREATMENT OF PANCREATIC CANCER PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**  
Németh A.<sup>1,2</sup>, Stefania B.<sup>1,2,5,6</sup>, Veres D.<sup>1,8</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>, Bognár S.<sup>1,2</sup>, Tarján D.<sup>1,2</sup>, Imrei M.<sup>1,7</sup>, Sőti D.<sup>1</sup>, Márta\* K.<sup>1,2</sup>, Hegyi\* P.<sup>1,2,3,4</sup>  
 1. Center for Translational Medicine, Semmelweis University; 2. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. János Szentágothai Research Center, University of Pécs; 5. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania; 6. Fundeni Clinical Institute, Bucharest, Romania; 7. Heim Pál National Pediatric Institute; 8. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University
- 18.10 **EXOSOMES AS PROGNOSTIC BIOMARKERS IN PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA –A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**  
Bunduc S.<sup>1,5,7,8</sup>, Gede N.<sup>9</sup>, Vánca S.<sup>1,5,9</sup>, Lillik V.<sup>9</sup>, Kiss S.<sup>4,9</sup>, Juhász M.<sup>5,6,9</sup>, Erőss B.<sup>1,5,6,9</sup>, Szakács Z.<sup>9,10</sup>, Gheorghe C.<sup>7,8</sup>, Mikó\* A.<sup>2,9</sup>, Hegyi\* P.<sup>1,5,6,9</sup>  
 1. Semmelweis University, Heart and Vascular Center, Division of Pancreatic Diseases, Budapest, Hungary; 2. University of Pécs Medical School, Department of Medical Genetics, Pécs, Hungary; 3. University of Pécs, Medical School, First Department of Medicine, Pécs, Hungary; 4. University of Szeged, Doctoral School of Clinical Medicine, Szeged, Hungary; 5. Semmelweis University, Center for Translational Medicine, Budapest, Hungary; 6. University of Pécs, János Szentágothai Research Center, Pécs, Hungary; 7. Fundeni Clinical Institute, Bucharest, Romania; 8. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania; 9. University of Pécs, Medical School, Institute for Translational Medicine, Pécs, Hungary; 10. University of Pécs, Medical School, First Department of Medicine, Pécs, Hungary
- 18.20 **ERCP SORÁN VÉGZETT KEFECYTOLOGIA ÉS INTRADUCTALIS EPEÚTI BIOPSZIA, VALAMINT SZÉRUM CEA ÉS CA 19-9 TUMORMARKEREK DIAGNOSZTIKUS ÉRTÉKE MALIGNUS EPEÚTI SZŰKÜLETEK ESETÉN**  
Keczer B.<sup>1</sup>, Bánfalvi Z.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Péter Z.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>  
 1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

18.30 – 19.00  
**BIOGAIA SZIMPÓZIUM**

Moderátor: **Altorjay István**, Debrecen

**Mikrobiom újragondolva; 2.0.** / *Microbiome reloaded; 2.0.*

Előadó: **Falus András**, Budapest

19.00 – 19.30  
**PFIZER SZIMPÓZIUM**

**JAK-gátlás a colitis ulcerosa kezelésében**

Előadó: **Molnár Tamás**, Szeged

**VACSORA**

**DÍJAK ÁTADÁSA**

2022. június 13. hétfő

Toscana terem

8.00 – 9.00

PLENÁRIS ÜLÉS (P3)

Üléseelnökök: **Palatka Károly**, Debrecen**Czakó László**, Szeged8.00 **Korai terápia akut pancreatitisben**

Hegyi Péter, Budapest

8.20 **Széklet Transzplantáció: Múlt, jelen, jövő (határterület)**

Péterfi Zoltán, Pécs

8.40 **ÚJ TISZTELETBELI TAG ELŐADÁSA**

Lecture of the new honorary member of HSG

**Barrett's oesophagus: a change in treatment and diagnostic paradigm.****Any further progress for the future?**

Raf Bisschops, Belgium

9.00 – 10.00

PLENÁRIS ÜLÉS (P4)

Üléseelnökök: **Hegyi Péter**, Budapest**Papp Mária**, Debrecen9.00 **TOP8 (legjobb absztrakt): TISSUE ATTENUATION IMAGING AND TISSUE SCATTER IMAGING FOR QUANTITATIVE ULTRASOUND EVALUATION OF HEPATIC STEATOSIS**Rónaszéki A.<sup>1</sup>, Hagymási K.<sup>3</sup>, Werling K.<sup>3</sup>, Folhoffer A.<sup>2</sup>, Budai B.<sup>1</sup>, Csongrády B.<sup>1</sup>, Stollmayer R.<sup>1</sup>, Győri G.<sup>1</sup>, Kalina I.<sup>1</sup>, Maurovich Horvat P.<sup>1</sup>, Kaposi N.<sup>1</sup>

1. Department of Radiology, Medical Imaging Centre, Faculty of Medicine, Semmelweis University; 2. Department of Internal Medicine and Oncology, Faculty of Medicine, Semmelweis University; 3. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Faculty of Medicine, Semmelweis University

9.10 **TOP8: INVALIDITY OF TOKYO CRITERIA FOR CHOLANGITIS AND CHOLECYSTITIS IN ACUTE BILIARY PANCREATITIS: AN INTERNATIONAL COHORT ANALYSIS OF PANCREATITIS PATIENTS**Juhász M.<sup>1,2,3</sup>, Farkas N.<sup>1</sup>, Tóháti R.<sup>4</sup>, Molnár R.<sup>4</sup>, Jászai V.<sup>4</sup>, Vincze Á.<sup>5</sup>, Szentesi A.<sup>1,2,6</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,7</sup>, Párniczky A.<sup>1,2,3</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 4. Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Centre for Translational Medicine, Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 7. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary

9.20 **TOP8: LIVER-RELATED MORTALITY IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C BEFORE AND AFTER THE DAA ERA- DATA FROM A NORTH-EAST HUNGARIAN REGION (2002-2022)**Lombay B.<sup>1</sup>, Szalay F.<sup>2</sup>

1. Department of Gastroenterology, Borsod County Central Teaching Hospital, Miskolc, Hungary; 2. Clinic of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

9.30 **TOP8: CYTOKINE PROFILE AND JAK/STAT SIGNALING PATHWAY INHIBITOR THERAPY IN ULCERATIVE COLITIS**

Resál T.<sup>1</sup>, Jójiárt B.<sup>2</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Szántó K.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Milassin Á.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Belgyógyászati Klinika; 2. Szegedi Tudományegyetem, Élettani Intézet

9.40

Toscana terem

**MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS**

**A CFTR hiánya PMCA4 diszfunkciót, intracelluláris CA<sup>2+</sup> emelkedést és epitelsejt károsodását okoz alkoholos pankreatitiszben és hepatitiszben**

Madácsy Tamara, Szeged

10.00 – 10.30

SZÜNET

10.30 – 11.30

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP7)

Toscana terem

**KI LÁTJA VISZONT? - HÁNYINGER, HÁNYÁS**

*Üléselnökök:* **Izbéki Ferenc**, Székesfehérvár

**Inczefi Orsolya**, Szeged

10.30 **Háziorvos**

Bálint Levente, Piliscsaba

10.40 **Gasztroenterológus**

Ollé Georgina, Szeged

10.50 **Sebész**

Papp András, Pécs

11.00 **Palliatív orvoslás**

Simkó Csaba, Miskolc

11.10 **Pszichiáter, addiktológus**

Juhász Anita, Budapest

11.20 **Gyerekgyógyász**

Kadenczki Orsolya, Debrecen

11.30 – 12.30

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP9)

**PRIMER- ÉS ÁTTÉTI MÁJDAGANATOK KEZELÉSE**

*Üléselnökök:* **Schaff Zsuzsa**, Budapest

**Hahn Oszkár**, Budapest

11.30 **Pathológiai szempontok a primer májdaganatok kezelésében**

Kiss András, Budapest

11.50 **HCC és CCC palliatív kezelése**

Demeter Gyula, Budapest

12.10 **Primér májdaganatok sebészi kezelése**

Szijártó Attila, Budapest

---

2022. június 13. hétfő  
10.30 – 11.30

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP8)

Ibiza terem

**AMIKOR NEM JÖN KI: SZÉKREKEDÉS**

*Üléseelnökök:* **Ábrahám Szabolcs**, Szeged

**Varga Márta**, Békéscsaba

10.30 **Amikor fáj (IBS-C)**

Czimmer József, Pécs

10.50 **Terápia: mikor gyógyszer?**

Székely Hajnal, Budapest

11.10 **Terápia: mikor sebész?**

Dinya Tamás, Debrecen

---

11.30 – 12.30

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP10)

**FESZÍTŐ PROBLÉMÁK, AVAGY MIT TEGYÜNK PUFFADÁS ESETÉN**

*Üléseelnökök:* **Czimmer József**, Pécs

**Fischer Tünde**, Zalaegerszeg

11.50 **Gabi néni puffad, segíts!**

Inczefi Orsolya, Szeged

12.00 **Organikus vagy funkcionális?**

Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

12.10 **Gabika puffad - segíts!**

Tészás Alexandra, Pécs

12.20 **Organikus vagy funkcionális? (Kisebb-e a gázképződés gyermekekben?)**

Cseh Áron, Budapest

---

2022. június 13. hétfő  
10.30 – 11.30

Marbella terem

**Akut- és krónikus pancreatitis diagnosztikája, terápiája és a kórlefordítás predikciója**

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE7)

*Ülésezők:* **Párniczky Andrea**, Budapest **Rakonczay Zoltán**, Szeged**10.30 EARLY PREDICTION OF ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS BY ARTIFICIAL INTELLIGENCE: A PROSPECTIVE COHORT ANALYSIS OF 2387 CASES**Szabolcs K.<sup>1,2,3</sup>, József P.<sup>4</sup>, Roland M.<sup>4,5</sup>, Marcell N.<sup>4</sup>, Nelli F.<sup>2,6</sup>, Zoltán S.<sup>2</sup>, Péter F.<sup>2,7</sup>, László P.<sup>2</sup>, Mária F.<sup>1,2,3</sup>, Aron V.<sup>8</sup>, Tamás T.<sup>9</sup>, László C.<sup>9</sup>, Ferenc I.<sup>10</sup>, Adrienn H.<sup>1,10</sup>, Eszter B.<sup>10</sup>, József H.<sup>11</sup>, Márta V.<sup>12</sup>, Artautas M.<sup>13</sup>, Nándor F.<sup>14</sup>, Orsolya F.<sup>14</sup>, Szilárd V.<sup>2,15</sup>, Rita N.<sup>2,3,15</sup>, Stefania B.<sup>15,16</sup>, Péter Jenő H.<sup>15,17</sup>, Katalin M.<sup>15,17</sup>, Katalin B.<sup>15,18</sup>, Attila D.<sup>15,19</sup>, Nóra H.<sup>15,20</sup>, László Z.<sup>15,21</sup>, Bálint E.<sup>15,17</sup>, Zsolt M.<sup>15,21,22</sup>, Andrea P.<sup>2,3</sup>, Péter H.<sup>2,15,17</sup>, Andrea S.<sup>1,2,15</sup>

1. Doctoral School of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Szeged; 2. Institute for Translational Medicine, Szentágotthai Research Centre, Medical School, University of Pécs; 3. Heim Pál National Pediatric Institute; 4. Human and Social Data Science Lab, Budapest University of Technology and Economics; 5. Stochastics Research Group, Hungarian Academy of Sciences – Budapest University of Technology and Economics; 6. Institute of Bioanalysis, Medical School, University of Pécs; 7. Department of Biomathematics and Informatics, University of Veterinary Medicine; 8. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs; 9. Department of Medicine, University of Szeged; 10. Department of Internal Medicine, Szent György Teaching Hospital of County Fejér; 11. Bajcsy-Zsilinszky Hospital; 12. Department of Gastroenterology, BMKK dr Rethy Pal Hospital; 13. Vilnius University Hospital Santaros Clinics, Clinics of Abdominal Surgery, Nephrourology and Gastroenterology, Faculty of Medicine, Vilnius University; 14. Department of Medical Imaging, Medical School, University of Pécs; 15. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 16. Doctoral School, Carol Davila University of Medicine and Pharmacy; 17. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University; 18. 2nd Department of Pathology, Semmelweis University; 19. Department of Transplantation and Surgery, Semmelweis University; 20. Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University; 21. Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Semmelweis University; 22. Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Poznan University of Medical Sciences

**10.40 POST-DISCHARGE MORTALITY IS AN OVERLOOKED OUTCOME MEASURE IN ACUTE PANCREATITIS. A PROSPECTIVE INTERNATIONAL COHORT ANALYSIS OF 3237 PATIENTS.**Czapári D.<sup>1</sup>, Váradí A.<sup>1</sup>, Farkas N.<sup>1</sup>, Márta K.<sup>2,3</sup>, Szentesi A.<sup>1</sup>, Váncsa S.<sup>1,2,3</sup>, Nagy R.<sup>1,2,4</sup>, Teutsch B.<sup>1,2,3</sup>, Bunduc S.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Center for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Heim Pal National Pediatric Institute, Budapest, Hungary



- 10.50 **THE HYBRID ALLELE 1 OF CARBOXYL-ESTER LIPASE (CEL-HYB1) ELEVATES THE RISK OF CHRONIC PANCREATITIS IN HUNGARY: A CASE-CONTROL STUDY.**  
Berke G.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>1</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>1,3</sup>, Hegyi E.<sup>1</sup>  
 1. Institute for Translational Medicine, University of Pécs Medical School, Pécs, Hungary; 2. Department of Surgery, University of California Los Angeles, Los Angeles, California; 3. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary
- 11.00 **ENDOCRINE AND EXOCRINE INSUFFICIENCY AFTER A 2-YEAR FOLLOW-UP OF ACUTE PANCREATITIS: PRELIMINARY RESULTS OF THE GOULASH-PLUS STUDY**  
Mikó A.<sup>1,2</sup>, Kató D.<sup>1</sup>, Lillik V.<sup>1</sup>, Verbói M.<sup>1</sup>, Sarlós P.<sup>3</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>, Kovács A.<sup>4</sup>, Sztrikovics S.<sup>4</sup>, Müller É.<sup>4</sup>, Bódis B.<sup>5</sup>, Gajdán L.<sup>6</sup>, Izbéki F.<sup>6</sup>, Hegyi P.<sup>1,7,8,9</sup>  
 1. Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Medical School, Hungary; 2. Department of Medical Genetics, University of Pécs, Medical School, Hungary; 3. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Medical School, Hungary; 4. Department of Radiology, University of Pécs, Medical School, Hungary; 5. Division of Endocrinology and Metabolism First Department of Medicine, University of Pécs, Medical School, Hungary; 6. Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 7. Center for Translational Medicine, Semmelweis University, Hungary; 8. János Szentágothai Research Center, University of Pécs, Hungary; 9. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Hungary
- 11.10 **GENETIC FACTORS BEHIND THE RECURRENCE OF PAEDIATRIC PANCREATITIS- RESULTS FROM THE APPLE-R (ANALYSIS OF PEDIATRIC PANCREATITIS) RETROSPECTIVE, MULTICENTRE, OBSERVATIONAL CLINICAL STUDY**  
Párniczky A.<sup>1,2,3</sup>, Juhász M.<sup>1,2,3</sup>, Németh B.<sup>4</sup>, Dobai K.<sup>5</sup>, Lásztity N.<sup>6</sup>, Mosztbacher D.<sup>7</sup>, Abu-El-Hajja M.<sup>8</sup>, Wedrychowicz A.<sup>9</sup>, Pienar C.<sup>10</sup>, Kadenczki O.<sup>11</sup>, Tészás A.<sup>12</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,13</sup>  
 1. Institute for Translational Medicine, Szentágothai Research Centre, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 4. First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Centre for Translational Medicine, Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. Department of Pediatrics, Szent János's Hospital and North Buda Unified Hospitals, Budapest, Hungary; 7. First Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 8. Division of Pediatric Gastroenterology, Cincinatti Children's, Cincinatti, United States; 9. Department of Pediatrics, Gastroenterology and Nutrition, Faculty of Medicine, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland; 10. „Victor Babes” University of Medicine and Pharmacy, Pediatrics Department, Timisoara, Romania; 11. Department of Pediatrics, University of Debrecen, Debrecen, Hungary; 12. Department of Paediatrics, University of Pécs Clinical Centre, Pécs, Hungary; 13. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary

- 11.20 **PROMISING THERAPEUTIC POSSIBILITIES WITH ORGANOSULFUR MOLECULES IN EXPERIMENTAL NECROTIZING ACUTE PANCREATITIS**  
Orján E.<sup>1</sup>, Kormányos E.<sup>1</sup>, Balla Z.<sup>1</sup>, Fűr G.<sup>1</sup>, Bálint E.<sup>1</sup>, Bátai Z.<sup>2</sup>, Pozsgai G.<sup>2</sup>, Dombi Á.<sup>2</sup>, Pintér E.<sup>2</sup>, ifj. Rakonczay Z.<sup>1</sup>, Kiss L.<sup>1</sup>  
 1. Department of Pathophysiology, University of Szeged; 2. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Pécs

11.30 – 12.30

Marbella terem

**Határterületek és kiemelt témák**  
 SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE9)

*Üléselelnökök:* **Juhász Márk Félix**, Budapest    **Lombay Béla**, Miskolc

- 11.30 **AZ OTTHONI PARENTERALIS TÁPLÁLÁS – KANÜLSZÖVŐDMÉNYEK OPT CENTRUMUNKBAN**  
Weissenberger O.<sup>1</sup>, Schäfer E.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Varga A.<sup>1</sup>, Kosztándi K.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>  
 1. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Gasztroenterológiai Osztály
- 11.40 **RELATIONSHIP BETWEEN LIPID METABOLISM, OBESITY AND IBD FAECAL MICROBIOME**  
Bálint A.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Jóíárt B.<sup>1,2,3</sup>, Pintér L.<sup>4,6</sup>, Gyuris Z.<sup>4,6</sup>, Takács B.<sup>6</sup>, Gábor J.<sup>6</sup>, Gácsér A.<sup>5</sup>, Pál S.<sup>5</sup>, Szántó K.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>  
 1. Department of Medicine, Szent-Györgyi Albert Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Hungarian Academy of Science - University of Szeged Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary; 3. Hungarian Centre of Excellence of Molecular Medicine – University of Szeged Molecular Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary; 4. HCEMM-BRC Mutagenesis and Carcinogenesis Research Group, Szeged, Hungary; 5. Hungarian Centre of Excellence of Molecular Medicine – University of Szeged Pathogen Fungi Research Group, Szeged, Hungary; 6. Delta Bio 2000 Ltd., Szeged, Hungary
- 11.50 **IS IT USEFUL? A SIMPLE REMOTE NUTRITIONAL SCREENING TOOL (-R-MAPP) IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE IN OUR IBD CENTRE**  
Schäfer E.<sup>1</sup>, Molnár A.<sup>2</sup>, Kolossváry K.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>  
 1. MHEK Gasztroenterológia, Budapest; 2. Magyar Dietetikusok Országos Szövetség Tudományos Bizottság
- 12.00 **THE EVALUATION OF FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH PSYCHIATRIC DISORDERS**  
Helle K.<sup>1</sup>, Kovács M.<sup>1</sup>, Ollé G.<sup>1</sup>, Bálint L.<sup>1</sup>, Felber M.<sup>2</sup>, Juhász É.<sup>3</sup>, Fábián Á.<sup>3</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>  
 1. Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged; 2. Hospital of Kálmán Pándy, Békés County Central Hospital, Gyula; 3. Hospital of Pál Réthy Dr., Békés County Central Hospital, Békéscsaba

**12.10 PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IMPROVE OUTCOMES IN INFLAMMATORY DIGESTIVE SYSTEM DISEASES. A META-ANALYSIS**

Fogarasi B.<sup>1</sup>, Teutsch B.<sup>1</sup>, Tari E.<sup>1</sup>, Szabó L.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Eröss B.<sup>1</sup>, Juhász M.<sup>2,3</sup>, Ocskay K.<sup>1</sup>, Bognár A.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>

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

**12.20 BURNOUT AMONG EUROPEAN IBD SPECIALISTS**

Dávid A.<sup>1</sup>, Volosin M.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Rafael B.<sup>3</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Department of Medicine, University of Szeged; 2. Institute of Psychology, University of Szeged; 3. Department of Preventive Medicine, University of Szeged

2022. június 13. hétfő

Panoráma terem

10.30 – 11.30

**Endoszkópos- és egyéb beavatkozással járó technikák  
SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE8)**

*Üléseelnökök:* **Szmola Richárd**, Budapest      **Sarlós Patrícia**, Pécs

**10.30 A NEW PATIENT POSITIONING METHOD FOR IMPROVING DISTAL ESOPHAGEAL MUCOSAL AND Z-LINE VISIBILITY DURING MAGNETICALLY CONTROLLED CAPSULE ENDOSCOPY (MCCE)- OUR FIRST EXPERIENCES**

Finta A.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Lovasz B.<sup>2,3</sup>, Oczella L.<sup>1</sup>, Helle K.<sup>4</sup>, Rosztoczy A.<sup>4</sup>, Madacsy L.<sup>1</sup>

1. Endo-Kapszula Endoscopy Unit, Szekesfehervar, Hungary; 2. Institute of Applied Health Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

**10.50 ANALYSIS OF PANCREATIC GUIDEWIRE-ASSISTED ADVANCED CANNULATION METHODS – DATA FROM THE HUNGARIAN ERCP REGISTRY**

Pécsi D.<sup>1,2</sup>, Gódi S.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>2</sup>, Altörjay I.<sup>3</sup>, Bakucz T.<sup>4</sup>, Czakó L.<sup>5</sup>, Orbán-Szilágyi Á.<sup>4</sup>, Patai Á.<sup>6</sup>, Szepes Z.<sup>5</sup>, Gyökeres T.<sup>4</sup>, Fejes R.<sup>7</sup>, Dubravecik Z.<sup>8</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>

1. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Institute for Translational Medicine, Szentágotthai Research Center, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary;; 3. Gastroenterology Clinic, University of Debrecen, Debrecen, Hungary; 4. Department of Gastroenterology, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Budapest, Hungary; 5. First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. First Department of Gastroenterology and Medicine, Markusovszky University Teaching Hospital, Szombathely, Hungary; 7. First Department of Medicine, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary; 8. Bács-Kiskun County University Teaching Hospital, Kecskemét, Hungary

**11.00 ÍGY SZÚRTUNK MI – BEDOMBORODÓ, FALLAL RENDELKEZŐ HASNYÁLMIRIGY-FOLYADÉKGYÜLEMEK SZÁJAZTATÁSA**

Bakucz T.<sup>1</sup>, Andrási P.<sup>1</sup>, Orbán-Szilágyi Á.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ - Gasztroenterológia

11.20 **VÉKONYBÉL KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA GYERMEKKORI GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGBEN**Dr. Lásztity N.<sup>1</sup>, Dr. Lakatos C.<sup>1</sup>, Dr. Micskey É.<sup>2</sup>, Dr. Madarasi A.<sup>1</sup>

1. Csecsemő- és gyermekosztály, Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő, Budapest; 2. Budai Gyermekkorház-Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő, Budapest

2022. június 13. hétfő

Toscana terem

12.30 – 13.00

**LÉPHETÜNK-E TÖBBSZÖR UGYANABBA A FOLYÓBA? –  
AZ EOZINOFIL NYELŐCSŐGYULLADÁS BIOLÓGIÁJA ÉS KEZELÉSE**  
*SANOFI II. SZIMPÓZIUM***12.30A barrier károsodástól a krónikus gyulladásig**  
Bácsi Attila, Debrecen**12.45A diagnosztikától a terápiáig**  
Rosztóczy András, Szeged

13.00 – 13.30

**ÚJ TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK A COLITIS ULCEROSA KEZELÉSÉBEN**  
*NEW THERAPEUTIC POSSIBILITIES IN ULCERATIVE COLITIS*  
*BMS SZIMPÓZIUM**Üléseelnök:* **Molnár Tamás** Szeged*Előadók:***Schäfer Eszter**, Budapest **Sarlós Patrícia**, Szeged

13.30 – 14.00

Toscana terem

**POSZTER 2 + SZENDVICS EBÉD***Moderátorok:* **Inczefi Orsolya**, Szeged **Rakonczay Zoltán**, Szeged  
**Rosztóczy András**, Szeged **Eröss Bálint**, Budapest**1. A TRPV6 GÉN MUTÁCIÓINAK SZEREPE KRÓNIKUS HASNYÁLMIRIGY-GYULLADÁSBAN**Pesei Z.<sup>1</sup>, Hegede R.<sup>2</sup>, Németh B.<sup>3</sup>, Takács T.<sup>3</sup>, Szentesi A.<sup>2</sup>, Farkas G.<sup>4</sup>, Czakó L.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>2,5</sup>, Hegyi E.<sup>2</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Elméleti Orvostudományok Doktori Iskola; 2. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet; 3. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika; 4. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sebészeti Klinika; 5. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Központ

- 2. THE EFFECT OF BILE ON PANCREATIC CANCER, THE IMPORTANCE OF MUCINS**  
Gál E.<sup>1</sup>, Veréb Z.<sup>2</sup>, Rakk D.<sup>4</sup>, Szekeres A.<sup>4</sup>, Becskeházi E.<sup>1</sup>, Tizslavicz L.<sup>3</sup>, Czakó L.<sup>5</sup>, Takács T.<sup>5</sup>, Hegyi P.<sup>6,7</sup>, Venglovecz V.<sup>1</sup>  
 1. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged; 2. Regenerative Medicine and Cellular Pharmacology Research Laboratory, Department of Dermatology and Allergology; 3. Department of Pathology, University of Szeged; 4. Department of Microbiology, University of Szeged; 5. First Department of Medicine, University of Szeged; 6. Institute for Translational Medicine, Medical School, Szentágothai Research Centre, University of Pécs; 7. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs
- 3. SZOKATLAN EXTRAINTESZTINÁLIS MANIFESZTÁCIÓ CROHN-BETEGSÉGBEN**  
Müllner K.<sup>1</sup>, Hídvégi B.<sup>2</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Patai Á.<sup>1</sup>, Vilmos F.<sup>1</sup>, Werling K.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>  
 1. Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar; 2. Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar
- 4. SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS IS GREATLY ASSOCIATED WITH THE RISK OF DEVELOPING NEW-ONSET DIABETES OR DYSGLYCAEMIA AFTER INFLAMMATION - A META-ANALYSIS OF 68018 PATIENTS**  
Zahariev J.<sup>1,2</sup>, Bunduc S.<sup>1,2,3,4</sup>, Kovács A.<sup>1,5</sup>, Demeter D.<sup>1,6</sup>, Havelda L.<sup>1,2</sup>, Veres D.<sup>1,7</sup>, Hosszúfalusi N.<sup>1,5</sup>, Juhász M.<sup>1,8,9</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,8,10</sup>  
 1. Center for Translational Medicine, Semmelweis University, 1085 Budapest, Üllői út 26, Hungary; 2. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, 1085 Budapest, Baross utca 23-26, Hungary; 3. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, 020021 Bucharest, Dionisie Lupu street 37, Romania; 4. Fundeni Clinical Institute, 022328 Bucharest, Fundeni street 258, Romania; 5. Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University, 1085 Budapest, Üllői út 26, Hungary; 6. Hungarian Army Medical Center, 1134 Budapest, Róbert Károly körút 44, Hungary; 7. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Üllői út 26., H-1085 Budapest, Hungary; 8. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, 7624 Pécs, Szigeti út 12, Hungary; 9. Heim Pál National Pediatric Institute, 1089 Budapest, Üllői út 89, Hungary; 10. János Szentágothai Research Center, University of Pécs, 7624 Pécs, Szigeti út 12, Hungary
- 6. AZ EPEUTAK RITKA VELESZÜLETETT RENDELLENESSÉGE – VA TÍPUSÚ DUPLIKÁLT EXTRAHEPATICUS EPEÚT – ESETISMERTETÉS**  
Dr. Szász D.<sup>1</sup>, Dr. Balogh C.<sup>1</sup>, Kiss G.<sup>1</sup>, Dr. Pécsi G.<sup>1</sup>  
 1. Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály - Gasztroenterológiai Részleg
- 7. DIAGNOSTIC ADEQUACY OF NEEDLES USED IN EUS-GUIDED TISSUE ACQUISITION OF SOLID PANCREATIC MASSES – A SYSTEMATIC REVIEW AND NETWORK META-ANALYSIS**  
Engh M.<sup>1</sup>, Teutsch B.<sup>1,2</sup>, Rancz A.<sup>1</sup>, Frim L.<sup>2</sup>, Váncsa S.<sup>1,2,3</sup>, Márta K.<sup>1,3</sup>, Veres D.<sup>1,4</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>, Eröss B.<sup>1,2,3</sup>  
 1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 3. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

- 8. A VÉKONYBÉL TRANSZPLANTÁCIÓ HELYE A RÖVIDBÉL SZINDRÓMA KEZELÉSÉBEN**  
Bihari L.<sup>1</sup>, Walton Á.<sup>1</sup>, Haboub Sandil A.<sup>1</sup>, Piros L.<sup>1</sup>, Szűjártó A.<sup>1</sup>  
 1. SE Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika
- 9. PROBIOTIC SUPPLEMENTATION DURING ANTIBIOTIC THERAPY MODULATES THE DIVERSITY OF GUT MICROBIOME – A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS**  
Éliás A.<sup>1,2</sup>, Földvári-Nagy L.<sup>1,3</sup>, Simon V.<sup>1</sup>, Schnabel T.<sup>10</sup>, Patoni C.<sup>1,6</sup>, Demeter D.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1,9</sup>, Bunduc S.<sup>1,5,6,7</sup>, Erőss B.<sup>1,4,5</sup>, Hegyi P.<sup>1,4,5,8</sup>, Lenti K.<sup>1,3</sup>  
 1. Center for Translational Medicine, Semmelweis University; 2. Doctoral School of Health Sciences, Semmelweis University; 3. Department of Morphology and Physiology, Faculty of Health Sciences, Semmelweis University; 4. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 5. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University; 6. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy; 7. Fundeni Clinical Institute, Bucharest; 8. János Szentágothai Research Center, University of Pécs; 9. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University; 10. ÉKC New Saint John's Hospital, Budapest
- 10. 5-ASA KÉSZÍTMÉNY ALKALMAZÁSA POSZTIRRADIÁCIÓS ENTERITISZ OKOZTA ODINOFÁGIÁBAN**  
Papp V.<sup>1</sup>, Bennemann S.<sup>1</sup>, Dakó S.<sup>1</sup>, Bán K.<sup>1</sup>, Balázs Á.<sup>1</sup>, Vass T.<sup>1</sup>, Szűjártó A.<sup>1</sup>  
 1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika
- 11. BOUVERET-SZINDRÓMA**  
Tóth K.<sup>1</sup>, Penyige J.<sup>1</sup>, Al-Droubni H.<sup>2</sup>, Somlai K.<sup>2</sup>, Pauer É.<sup>3</sup>, Freisinger L.<sup>1</sup>, Igaz I.<sup>1</sup>  
 1. Szent Margit Kórház, Gasztroenterológiai Részleg; 2. Szent Margit Kórház, Sebészeti Osztály; 3. Szent Margit Kórház, Radiológiai Diagnosztikai Osztály
- 12. AZ ALPHA2-ADRENOCEPTOROK STIMULÁCIÓJA NEM MÉRSÉKLI A NEM-SZTEROID GYULLADÁSGÁTLÓK ÁLTAL OKOZOTT BÉLKÁROSODÁST PATKÁNYBAN**  
Tóth A.<sup>1</sup>, Pálnok P.<sup>1</sup>, Hutka B.<sup>1</sup>, Al-Khrasani M.<sup>1</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Zádori Z.<sup>1</sup>  
 1. Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet
- 13. PANCREATIC FAMILY HISTORY DOESN'T PREDICT DISEASE PROGRESSION, BUT CONNOTES ALCOHOL CONSUMPTION IN ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS WITH ACUTE PANCREATITIS: ANALYSIS OF AN INTERNATIONAL COHORT**  
Juhász M.<sup>1,2,3</sup>, Farkas N.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>1,2,4</sup>, Wedrychowicz A.<sup>5</sup>, Nita A.<sup>6</sup>, Lásztity N.<sup>7</sup>, Tészás A.<sup>8</sup>, Tokodi I.<sup>9</sup>, Vincze Á.<sup>10</sup>, Erőss B.<sup>1,2,11</sup>, Izbéki F.<sup>9</sup>, Czakó L.<sup>12</sup>, Papp M.<sup>13</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,11</sup>, Párniczky A.<sup>1,2,3</sup>  
 1. Institute for Translational Medicine, Szentágothai Research Centre, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 4. Centre for Translational Medicine, Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Department of Pediatrics, Gastroenterology and Nutrition, Faculty of Medicine, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland; 6. Department of Paediatrics, Grigore Alexandrescu Emergency Hospital for Children, Bucharest, Romania; 7. Department of Pediatrics, Szent János's Hospital and

North Buda Unified Hospitals, Budapest, Hungary; 8. Department of Paediatrics, University of Pécs Clinical Centre, Pécs, Hungary; 9. Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 10. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 11. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 12. Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 13. Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary

- 14. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF AUTOIMMUNE, IGG4-RELATED OESOPHAGITIS, OESOPHAGEAL STENOSIS AND MESENTERIC PANNICULITIS**  
Solt J.<sup>1</sup>, Bogner B.<sup>2</sup>, Faluhelyi N.<sup>3</sup>, Varijú C.<sup>4</sup>, Illés A.<sup>1</sup>, Csizmadia C.<sup>5</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>  
 1. First Dept. of Medicine, Medical School, University of Pécs; 2. Dept. of Pathology, Medical School, University of Pécs; 3. Dept. of Medical Imaging, Medical School, University of Pécs; 4. Dept. Rheumatology and Clinical Immunology, Medical School, University of Pécs; 5. Dept of Medicine City Hospital Mohács
- 15. DYSPEPSIA IS ASSOCIATED WITH CELIAC SEROPOSITIVITY AND ASCA OR ANCA POSITIVITY BUT NOT WITH OTHER AUTOIMMUNE PARAMETERS IN HELICOBACTER PYLORI NEGATIVE CHRONIC GASTRITIS**  
Zádori N.<sup>1,2</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Frim L.<sup>1</sup>, Vörhendi N.<sup>1,2</sup>, Szakó L.<sup>1,2,3</sup>, Váncsa S.<sup>1,4,5</sup>, Hegyi P.<sup>1,4,5</sup>, Czimmer J.<sup>1,6</sup>  
 1. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 2. János Szentágothai Research Centre, University of Pécs; 3. First Department of Internal Medicine, University of Pécs, Medical School; 4. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 5. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University; 6. Division of Gastroenterology, First Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs
- 16. PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IMPROVE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CANCER – A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS**  
Bognár A.<sup>1</sup>, Fogarasi B.<sup>1</sup>, Bajcsai F.<sup>1</sup>, Vörhendi N.<sup>1</sup>, Hadani Y.<sup>1</sup>, Omer A.<sup>1</sup>, Gergő D.<sup>1</sup>, Bunduc S.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Márta K.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>  
 1. Transzlációs Medicina Központ, Semmelweis University
- 17. VÉKONYBÉL KAPSZULÁS VIZSGÁLATOK 2020 – 2021-BEN KÓRHÁZUNKBAN**  
Virág A.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Pálinkás D.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>  
 1. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia
- 18. SARS-COV 19 ELLENI OLTÁS UTÁNI SZEROLÓGIAI EREDMÉNYEK IBD-S GYERMEKEKBEN**  
Müller K.<sup>1,2</sup>, Dohos D.<sup>1,2</sup>, Gombos E.<sup>1</sup>, Szabó A.<sup>1</sup>, Szentannay J.<sup>1</sup>, Párniczky A.<sup>1,3</sup>, Rimanóczy É.<sup>1</sup>, Karoliny A.<sup>1</sup>  
 1. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet; 2. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet; 3. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Központ
- 19. MUTATIONS IN THE 5' UPSTREAM REGION OF CHYMOTRYPSINOGEN C GENE ARE NOT ASSOCIATED WITH CHRONIC PANCREATITIS**

Németh B.<sup>1</sup>, Madarász R.<sup>1</sup>, Nagy A.<sup>1</sup>, Sándor M.<sup>1</sup>, Stefanovics R.<sup>1</sup>, Karamya Z.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Farkas G.<sup>2</sup>, Izbéki F.<sup>3</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>, Szmola R.<sup>4</sup>, Gervain J.<sup>3</sup>, Gódi S.<sup>5</sup>, Szentesi A.<sup>6</sup>, Szücs Á.<sup>7</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>8</sup>, Hegyi P.<sup>6,9</sup>

1. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Department of Surgery, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary; 4. Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary; 5. First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 7. First Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 8. University of California Los Angeles, Department of Surgery, Los Angeles, CA, USA; 9. Centre for Translational Medicine and Division for Pancreatic Disorders, Semmelweis University, Budapest, Hungary

## 20. METABOLIC ASSOCIATED FATTY LIVER DISEASE IS ASSOCIATED WITH A MORE SEVERE ACUTE PANCREATITIS: A PROSPECTIVE COHORT ANALYSIS OF 2053 CASES

Váncsa S.<sup>1,2,3</sup>, Sipos Z.<sup>1</sup>, Nagy R.<sup>1,2,3,4</sup>, Ocskay K.<sup>1,2</sup>, Juhász F.<sup>1,2</sup>, Földi M.<sup>1,2,4</sup>, Vincze Á.<sup>5</sup>, Sarlós P.<sup>5</sup>, Bajor J.<sup>5</sup>, Izbéki F.<sup>6</sup>, Papp M.<sup>7</sup>, Vitális Z.<sup>7</sup>, Hamvas J.<sup>8</sup>, Czakó L.<sup>9</sup>, Faluhelyi N.<sup>10</sup>, Farkas O.<sup>10</sup>, Miklós E.<sup>1</sup>, Mikó A.<sup>1,11</sup>, Hegyi P.<sup>2,3</sup>, Macarie M.<sup>12</sup>, Galeev S.<sup>13</sup>, Maldonado E.<sup>14</sup>, Sallinen V.<sup>15</sup>, Török I.<sup>12</sup>, Mickevicius A.<sup>16,17</sup>, Eröss B.<sup>1,2,3</sup>, Párniczky A.<sup>1,2,4</sup>, Szentesi A.<sup>1,18</sup>, Pár G.<sup>5</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,18</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Szentágotthai Research Centre, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 5. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 7. Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary; 8. Peterfy Hospital, Budapest, Hungary; 9. Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 10. Department of Radiology, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 11. Department of Medical Genetics, Medical School, University of Pécs; 12. County Emergency Clinical Hospital - Gastroenterology and University of Medicine, Pharmacy, Sciences and Technology, Targu Mures, Romania; 13. Saint Luke Clinical Hospital, St. Petersburg, Russia; 14. General Surgery, Consorci Sanitari del Garraf, Sant Pere de Ribes, Barcelona, Spain; 15. Department of Transplantation and Liver Surgery, Helsinki University Hospital and University of Helsinki, Helsinki, Finland; 16. Vilnius University Hospital Santaros Clinics, Vilnius, Lithuania; 17. Clinics of Abdominal Surgery, Nephrourology and Gastroenterology, Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania; 18. Centre for Translational Medicine, Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

## 21. A FOCALIS NODULARIS HYPERPLASIA MULTIMODÁLIS KEZELÉSE

Pekli D.<sup>1</sup>, Kokas B.<sup>1</sup>, Bárdos D.<sup>1</sup>, Fülöp A.<sup>1</sup>, Hahn O.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem - Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

## 22. A BILIARIS MUCINOSUS CYSTICUS NEOPLASIA KLINIKAI MEGJELENÉSE, KEZELÉSE ÉS JELENTŐSÉGE



Bárdos D.<sup>1</sup>, Kokas B.<sup>1</sup>, Pekli D.<sup>1</sup>, Fülöp A.<sup>1</sup>, Hahn O.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**23. PRIMER SCLEROTISALO CHOLANGITIS MÁJÁTÜLTETÉS UTÁN**

Haboub Sandil A.<sup>1</sup>, Gerlei Z.<sup>1</sup>, Piros L.<sup>1</sup>, Görög D.<sup>1</sup>, Bihari L.<sup>1</sup>, Tihanyi E.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

**24. ENDOSCOPIC PAPILECTOMY FOR AMPULLARY ADENOMA: ARE WE GOOD ENOUGH?**

Gieszinger G.<sup>1</sup>, Tajti M.<sup>1</sup>, Karamya Z.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>

1. Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

14.00 – 15.00

Toscana terem

EURÓPAI ÉLMEZŐNY- UEG BESZÁMOLÓK (UEG)  
**NEW CONCEPTS AND PERSPECTIVES IN DECOMPENSATED CIRRHOSIS**

Üléseelnökök: **Papp Mária**, Debrecen

**Pár Gabriella**, Pécs

14.00 **Novel clinical and pathophysiological prospects defining the trajectory of cirrhosis**

Richard Moreau, France

14.20 **The role of microbiota in hepatic decompensation**

Jonel Trebicka, Germany

14.40 **Frailty in decompensated cirrhosis**

Lubomir Skladany, Slovakia

2022. június 13. hétfő

Ibiza terem

14.00 – 15.00

BIZONYÍTÉKON ALAPULÓ ÚTMUTATÓK (EBM3)  
**ÚJ AJÁNLÁSOK A TÁPCSATORNA ENDOSZKÓPIÁJÁBAN**

Üléseelnökök: **Szegedi László**, Nyíregyháza **Sarlós Patrícia**, Pécs

14.00 **Benignus nyelőcső szűkületek tágítása 2018 BSG**

Rosztóczy András, Szeged

14.15 **Benignus és malignus nyelőcső szűkületek sztentelése 2021 ESGE**

Gódi Szilárd, Pécs

14.30 **Endoszkópos mintavételi technikák 2021 ESGE**

Vitális Zsuzsanna, Debrecen

14.45 **Antiaggregáns és antikoaguláns kezelés melletti endoszkópia 2021 ESGE**

Szamosi Tamás, Budapest

15.00 – 16.00

Ibiza terem

**BIZONYÍTÉKON ALAPULÓ ÚTMUTATÓK (EBM2)  
ÚJ AJÁNLÁS A LAKTÓZ INTOLERANCIA KIVIZSGÁLÁSÁBAN, KEZELÉSÉBEN**

Üléselnökök: **Varga Márta**, Békéscsaba

**Varjú Péter**, Pécs

15.00 **How was the new European Guideline born?**

Heinz Hammer, Graz

15.10 **H2 kilégzési teszt - Európai irányelv**

Hersényi László, Budapest

15.20 **Kilégzési tesztek használata a laktózintolerancia diagnosztikájában**

Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg

15.35 **Kilégzési tesztek használata a SIBO diagnosztikájában**

Bajor Judit, Pécs

15.50 **Kilégzési tesztek használata az orocecalis tranzitidő mérésére**

Illés Anita, Pécs

---

16.00

Toscana terem

**ZÁRSZÓ**

**A NAGYGYŰLÉS BEZÁRÁSA**

NSAID-k által okozott  
gastroduodenalis fekélyek  
megelőzésére!

**Noacid**<sup>®</sup>  
pantoprazol 20 mg, 40 mg

**NO REFLUX  
NO PROBLEM**



**Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!**



**Noacid<sup>®</sup> 20 mg gyomornedv-ellenálló tablettá**

[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis  
&action=show\\_details&item=27148](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=27148)

**Árinformáció:** Noacid<sup>®</sup> 20 mg 28x: fogyasztói ár: 573 Ft,  
TB támogatás: 198 Ft, térítési díj: 375 Ft



**Noacid<sup>®</sup> 40 mg gyomornedv-ellenálló tablettá**

[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis  
&action=show\\_details&item=27149](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=27149)

**Árinformáció:** Noacid<sup>®</sup> 40 mg 28x: fogyasztói ár:  
1 095 Ft, TB támogatás: 396 Ft, térítési díj: 699 Ft

Termékeink árváltozásával és rendelkezésével kapcsolatos információkért forduljon orvoslátogató kollégáinkhoz, illetve ezekről tájékozódhat a Nemzeti Egészség-biztosítási Alapkezelő honlapján: [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu). Ez az ismertető anyag orvosok és gyógyszerészek számára készült. Az Egis Gyógyszergyár Zrt. nem vállal felelősséget a közölt információk illetéktelen felhasználásából eredő következményekért. Amennyiben termékeink alkalmazása során „Nemkívánatos eseményt” észlel, kérjük, 24 órán belül jelentse a [pharmacovigilance@egis.hu](mailto:pharmacovigilance@egis.hu) e-mail címen vagy a +36-1-803-22-22-es telefonszámon.

További információk:

Egis Gyógyszergyár Zrt. Kardiometabolikus Üzletég,  
1134 Budapest, Lehel u. 15. tel.: 06-1-803-2222,  
e-mail: [marketing@egis.hu](mailto:marketing@egis.hu), honlap: [hu.egis.health](http://hu.egis.health)  
Lezárás dátuma: 2022. 05. 20.

NOA5



# HATÉKONYSÁG ÖSSZHANGBAN A TERÁPIÁS CÉLOKKAL<sup>1-13</sup>

  
Cerezyme<sup>®</sup>  
imiglucerase

## A GAUCHER-KÓR KEZELÉSE

- **Felnőttek – Gyermekek – 1-es típus – 3-as típus<sup>1</sup>**
- **Tapasztalat világszerte több mint 6000 beteggel<sup>14</sup>**
- **Terápiás célok elérése: a csontrendszeri, hematológiai, viscerális paraméterek és az életminőség javítása<sup>1-13</sup>**
- **Igazolt hosszútávú hatásosság és biztonságossági profil<sup>10,11,15</sup>**
- **Terhességben is alkalmazható<sup>1</sup>**



A Cerezyme (imiglucerez) olyan bizonyítottan diagnosztizált, nem neuropátiás (1-es típusú) vagy **krónikus neuropátiás (3-as típusú) Gaucher-kórbán** szenvedő betegek hosszan tartó enzimszubsztitúciós terápiájára javallott, **akiknél a betegség klinikailag jelentős, nem neurológiai tünetekkel jelentkezik.** A Gaucher-kór nem neurológiai manifesztációját az alábbi állapotok közül egynek vagy többnek a megjelenése jelenti<sup>1</sup>:

- egyéb okok — például vashiány — kizárása után fennálló anaemia
- thrombocytopenia
- egyéb okok — például D-vitaminhiány — kizárása után fennálló csontbetegség
- hepatomegalia vagy splenomegalia



Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! A hatályos „alkalmazási előírás” teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezésgépszétségügyi Intézet ([www.ogyel.gov.hu/gyogyszeradatbazis/](http://www.ogyel.gov.hu/gyogyszeradatbazis/)) vagy az Európai Gyógyszerügynökség ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)) honlapokon.

### Referenciák:

**1.** Cerezyme EU Summary of Product Characteristics (SmPC) Genzyme Europe B.V (07/2016) **2.** Biegstraaten M et al. Management goals for type 1 Gaucher disease: an expert consensus document from the European Working Group on Gaucher Disease, Blood Cells, Mol Dis. 2018; 68:203-208 **3.** Weinreb NJ et al. Effectiveness of Enzyme Replacement Therapy in 1028 Patients with type 1 Gaucher Disease after 2 to 5 Years of Treatment: a Report from the Gaucher Registry. Am J Med. 2002;113(2):112-9 **4.** Sims KB et al. Improvement of bone disease by imiglucerase (Cerezyme®) therapy in patients with skeletal manifestations of type 1 Gaucher disease: results of a 48-month longitudinal cohort study. Clin Genet. 2008;73(5):430-40. **5.** Maas M et al. Quantification of Bone Involvement in Gaucher Disease: MR Imaging Bone Marrow Burden Score as an Alternative to Dixon Quantitative Chemical Shift MR Imaging Initial Experience. Radiology. 2003;229(2):554-61 **6.** Wenstrup RJ et al. Effect of Enzyme Replacement Therapy with imiglucerase on BMD in type 1 Gaucher disease. J Bone Miner Res. 2007;22(1):119 -26. **7.** Mistry PK et al. Osteopenia in Gaucher disease develops early in life: response to imiglucerase enzyme therapy in children, adolescents and adults. Blood Cells Mol Dis. 2011;46(1): 46(1):66-72 **8.** Mistry PK et al. Timing of initiation of enzyme replacement therapy after diagnosis of type 1 Gaucher disease: effect on incidence of avascular necrosis. Br J Haematol 2009;147(4):561-570 **9.** Weinreb N et al. Imiglucerase (Cerezyme®) improves quality of life in patients with skeletal manifestations of Gaucher disease. Clin Genet. 2007;71(6):576-88 **10.** Weinreb NJ et al. Long-term clinical outcomes in type 1 Gaucher disease following 10 years of imiglucerase treatment. J Inher Metab Dis. 2012;36(3):543-53 **11.** Weinreb N et al. A benchmark analysis of the achievement of therapeutic goals for type 1 Gaucher disease patients treated with imiglucerase. Am J Hematol. 2008;83:890-5 **12.** Andersson H et al. Eight-Year Clinical Outcomes of Long-Term Enzyme Replacement Therapy for 884 Children With Gaucher Disease Type 1. Pediatrics. 2008;122(6):1182-90 **13.** Kauli R et al. Delayed Growth and Puberty in Patients with Gaucher Disease Type 1: Natural History and Effect of Splenectomy and/or Enzyme Replacement Therapy. Isr Med Assoc J. 2000;2:158-63 **14.** Weinreb NJ and Kaplan P. The history and accomplishments of the ICGG Gaucher registry. AM J Hematol. 2015; 90: page 2015; 90 Suppl 1:S2-5 **15.** Starzyk K et al. The long-term international safety experience of imiglucerase therapy for Gaucher disease. Mol Genet Metab. 2007;90(2):157-63

©2020 Sanofi Genzyme. Minden jog fenntartva.  
SANOFI-AVENTIS Zrt. 1045 Budapest, Tó utca 1-5.  
Telefon: (+36 1) 505 0050 - Fax: (+36 1) 505 1470  
Gyógyszerinformációs szolgálat: (+36 1) 505 0055 - Web: [www.sanofi.hu](http://www.sanofi.hu)

MAT-HU-2000325 Anyag lezárásának dátuma: 2020.09.01.

SANOFI GENZYME 

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

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

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

MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"

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

MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS KITÜNTETÉS

IMRE MAGYAR MEMORIAL LECTURE AWARD

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

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

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

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

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

# IBD Diagnózis és Felügyelet

## Quantum Blue®

Gyorstesztek

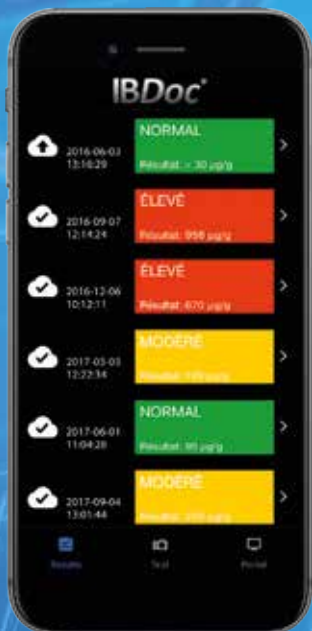
**Széklet Calprotectin**

**Terápiás Gyógyszer Követés (TDM)**



### A QUANTUM BLUE® LEOLVASÓ FŐBB JELLEMZŐI:

- Intuitív navigáció érintőképernyővel
- Egyszerű, a folyamatot lépésről-lépésre bemutató képernyő
- A kiegészítő Fast Track mód lehetővé teszi a tesztkazetták gyors egymás utáni leolvasását
- Az eredmények közvetlenül elküldhetők a laboratóriumi és kórházi információs rendszerekbe.



## IBDoc® Calprotectin Home Test

A Bühlmann otthon elvégezhető tesztje

### ELŐNYE A BETEGEK SZÁMÁRA:

- egyszerűen alkalmazható
- kényelmes, mert otthonról bármikor elvégezhető
- megbízható eredmények akár colonoszkópia végzése nélkül

### ELŐNYE AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA:

- távolból ellenőrizhető az IBD lefolyása
- elkerülhetők a kórházi vizitek
- hatékonyabb terápiás nyomon követés

**BÜHLMANN**

**medicons**

Forgalmazó: Medicons Kft.

Cím: 2040 Budaörs, Károly király út 39.;

Telefon: +36 23 444 773; Mobil: +36 70 488 9980;

Email: central@medicons.hu; Web: www.medicons.hu



## Előadások és posztterek összefoglalói / Abstracts

### 1. USTEKINUMAB IS ASSOCIATED WITH SUPERIOR TREATMENT PERSISTENCE COMPARED TO VEDOLIZUMAB IN REFRACTORY CROHN'S DISEASE PATIENTS: RESULTS FROM A MULTICENTRE COHORT STUDY

Bacsur P.<sup>1</sup>, Matuz M.<sup>2</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>3</sup>, Szamosi T.<sup>4</sup>, Schäfer E.<sup>4</sup>, Sarlós P.<sup>5</sup>, Iliás Á.<sup>6</sup>, Szántó K.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Milassin Á.<sup>1</sup>, Fábíán A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>

1. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged; 2. Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmacy, University of Szeged, Szeged; 3. Department of Surgery and Interventional Gastroenterology, Faculty of Medicine, Semmelweis University; 4. Department of Gastroenterology, Military Hospital - State Health Centre, Budapest; 5. First Department of Medicine, Faculty of Medicine, University of Pécs, Pécs; 6. First Department of Medicine, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest

**Introduction:** Vedolizumab (VDZ) and ustekinumab (UST) therapy could be alternatives in patients with anti-TNF failure, however, no direct real-life comparison of them has been made.

**Aims:** This study aimed to assess treatment persistence and comparative effectiveness of UST and VDZ biological therapies in refractory Crohn's disease (CD) patients.

**Methods:** In this nationwide, retrospective study CD patients on UST or VDZ maintenance therapy were enrolled. Clinical data at baseline and at w52 were obtained. Clinical and biochemical activities and steroid-free remission (SFR) were assessed while concomitant medications, hospitalisations and surgeries were recorded during the follow-up to find any predictors. Charlson Comorbidity Index (CCI) was assessed to measure comorbidity impact on drug survival.

**Results:** 162 UST and 77 VDZ-treated patients completed the follow-up. Steroid-free clinical and biochemical remission rates did not differ between UST and VDZ after the induction and at w52 ( $p=0.714$ ;  $p=0.628$ ;  $p=0.065$ ;  $p=0.909$ ). Kaplan-Meier analysis revealed superiority of UST (86.5% vs. 62.9%,  $p<0.0001$ ) in drug persistence. The type of the drug proved to be predictive achieving clinical SFR at week 52 ( $p=0.009$ , HR=2.44 with UST). CCI score was not associated with drug persistence in our model (CCI HR = 0.952,  $p = 0.677$ ). Drug failure rates were more frequent in VDZ cohort (PNR 18.18 and 4.98 %,  $p<0.001$ , HR 7.118,  $p=0.002$ ). LOR rates did not differ significantly (UST 46.91, VDZ 35.06 %,  $p=0.084$ ). Escalated regimens were admitted more common in case of UST treatment (45.68 vs. 22.08 %,  $p<0.001$ ). During the 52 week follow up, perianal symptoms were improved at 58.33 % and 31.25 % of patients in UST and VDZ groups ( $p = 0.049$ ). Hospital and surgical admission rates due to disease activity did not differ significantly (hospital UST 6.2 %, VDZ 10.4 %,  $p = 0.248$ ; surgery UST 11.11 %, VDZ 19.48 %,  $p = 0.125$ ). Only one adverse event occurred in VDZ group at w20, which resulted in cessation of the drug.

**Conclusion:** VDZ and UST are effective and safe alternatives to CD patients failed to anti-TNF therapy. UST has a superiority in drug persistence, however dose escalation was more frequent with UST. Biologics used in lower treatment line results in better drug persistence.

### 2. ILEOCECALIS REZEKCIÓK CROHN-BETEG GYERMEKEKBEN: ORSZÁGOS, MULTICENTRIKUS FELMÉRÉS, A HUPIR (HUNGARIAN PEDIATRIC IBD REGISTRY) ADATAI ALAPJÁN

Bajzát D.<sup>1,2</sup>, Sasi-Szabó L.<sup>4</sup>, Müller K.<sup>2,3</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Központ; 2. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet; 3. Pécsi Tudományegyetem, Transzlációs Medicina Intézet; 4. Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Intézet, Gyermeksebészeti osztály

**Introduction:** Az optimális kezelés ellenére az IBD-s betegek közel egyharmadánál alakulnak ki szövödmények, (sipolyok, szűkületek, tályogok) melynek következtében a diagnózistól számított 5 éven belül sebészi beavatkozás válik szükségessé.

**Aims:** Hazánkban először mértük fel és elemeztük a gyermekkori Crohn-betegek (CD) műtéti beavatkozásának gyakorlatát, különös tekintettel az ileocecalis rezekciókra. Felmérésünkhöz a hazai gyermekkori gyulladós bélbetegség regiszterben (HUPIR) található adatokat vettük alapul.

**Methods:** A HUPIR egy 2007 óta működő, országos, prospektív adatbázis, melybe 18 év alatti, gyulladós bélbetegséggel diagnosztizált gyermekek kerülnek regisztrálásra és követésre 27 központból. Vizsgálatunkba a 2010.01.01 – 2019.12.31 között diagnosztizált, 18 év alatti CD betegeket vontuk be. Etikai engedély birtokában (19350-2/2019/EKU) kérdőív alapú retrospektív adatgyűjtést folytattunk a HUPIR tagjait bevonva. Vizsgáltuk a műtéti beavatkozások sürgősségi fokát, az operatív technikát, a preoperatív rizikófaktorokat, valamint a műtéti szövödményeket és eredményeket. Az adatelemzésére leíró statisztikai módszereket és Fisher exact tesztet alkalmaztunk.

**Results:** 2010-2019 között 943 Crohn-beteg gyermeket regisztráltak a HUPIR-ba. Az átlagéletkor a diagnóziskor 13,4 év (1-18 év), az átlagos követési idő 2,15 év (0-9 év) volt. A 99, műtéten átesett Crohn-betegnél 55 ileocecalis rezekció (56%) történt a vizsgálati periódusban, közülük 47 beteg adatai voltak alkalmasak statisztikai elemzésre. A műtét idején a 47 beteg átlagéletkora 14,5 év (5-17 év) volt. A betegek 38,3%-ánál a betegség lokalizációja ileocecalis és 40,2%-ánál ileocolonoicus volt. A diagnózis kezdetétől a műtéti eltelte idő átlagosan 26,4 hónap volt. Adataink alapján a műtétek 37 esetben (78,7%) elektív módon történtek és a beavatkozások 36,2%-át végezték laparoscoppal (17/47). A korai műtéti szövödmények aránya 8,5% volt (4/47), melyet szignifikánsan sem a műtéti időzítés, sem a technika, sem a perioperatív szteroid-kezelés és biológiai terápia nem befolyásolt. Az átlagosan 17,4 hónap utánkövetés alatt 8 betegnél tapasztalt relapszus nem mutatott korrelációt egyetlen általunk vizsgált tényezővel sem. Az irányelv által javasolt posztoperatív colonoscopia mindössze a betegek egyharmadánál (17/47, 36%) történt.

**Conclusion:** Az elemzéseink alapján hazánkban az ileocecalis rezekció gyakorisága hasonló a nemzetközi arányokhoz. A beavatkozást követően a posztoperatív szövödmények gyakoriság és a laparoscopos műtétek aránya is alacsony volt, továbbá az évente elvégzett műtétek aránya is meglehetősen alacsony egyes centrumokban.

### 3. ÍGY SZÜRTUNK MI – BEDOMBORODÓ, FALLAL RENDELKEZŐ HASNYÁLMIRIGY-FOLYADÉKGYÜLEMEK SZÁJAZTATÁSA

Bakucz T.<sup>1</sup>, András P.<sup>1</sup>, Orbán-Szilágyi Á.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ - Gasztroenterológia

Mind az amerikai mind az európai Endoszkópos Társaság ajánlása alapján a hasnyálmirigy folyadékgyülemek szájaztatása során előnyben részesítik az endoszkópos ultrahang (EUS) vezérelte drenázst. 229 beteg adatainak

elemzése során igazolták, hogy az EUS vezérelte szájaztatás sikeressége jobb a hagyományos technikáénál a nem bedomborodó folyadékgyülemek esetén. Látható bedomborodás esetén azonban nem volt érdemi különbség a két technika között. A szövődményeket és a hosszútávú sikerességet vizsgálva sem volt különbség a két csoport között.

Jelen elemzésben 2013-ig visszatekintve vizsgáltuk a duodenoscoppal végzett cystaszájaztatások eredményeit. Az elmúlt közel 8 év 53 esetét vizsgáltuk. A vizsgált populációban az átlagéletkor 60 év volt. A fenti betegek közül a hasnyálmirigy-folyadékgyülem 2 esetben traumás sérülés következménye volt, míg a többieknél gyulladás szövődménye. A folyadékgyülemek legnagyobb átmérőjének átlaga 12,78 cm volt. A szájaztatás és a panaszok kezdete között átlagosan 12 hét telt el. Az esetben 86%-ban látható bedomborodás mellett történt az intervenció, a többi esetben vagy transpapillarisan vagy kialakult fistulajárat segítségével jutottunk a folyadékgyülemekbe. A szúrások túlnyomó többsége (79%) gyomron keresztül történt (cystogastrostomia). Az intervenciók terápiás sikeressége 88 %-os volt.

53 esetből 15 alkalommal került sor ismételt intervencióra – necrectomiákat leszámítva. 4 esetben volt szükség ismételt szúrásra, a többi 11 esetben a behelyezett stent/nasocysticus drain pozíciójának igazítása, az elzáródott stent/nasocysticus drain cseréje történt meg.

A fenti beavatkozások közül 5 esetben fordult elő korai szövődmény (9%), egy esetben a stent migrált a cystába, négy esetben vérzés lépett fel. A négy vérzésből 3 esetben akut sebészeti beavatkozásra került sor, egy esetben a beteg exitált (2%). Késői vérzés egy alkalommal jelentkezett az intervenciót követő 7. napon.

30 napon belül mortalitási arány 9% (n=5), ebből postprocedurális halálozásnak 2 tekinthető (4%), a többi esetben a súlyos többszervi elégtelenséget okozó alapbetegség vezetett a betegek elvesztéséhez.

Osztályunkon töltött átlagos idő 5,24 hét volt. Sikeres gyógyulást követően a behelyezett stentet átlagosan 16,7 hét után vettük ki.

Összességében elmondható, hogy a bedomborodó hasnyálmirigy-folyadékgyülemek esetén a konvencionális, duodenoscoppal végzett szájaztatás hatékony módszernek tekinthető nagy gyakorlattal rendelkező szakemberek kezében.

#### 4. RELATIONSHIP BETWEEN LIPID METABOLISM, OBESITY AND IBD FAECAL MICROBIOME

Bálint A.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Jójárt B.<sup>1,2,3</sup>, Pintér L.<sup>4,6</sup>, Gyuris Z.<sup>4,6</sup>, Takács B.<sup>6</sup>, Gábor J.<sup>6</sup>, Gácsér A.<sup>5</sup>, Pál S.<sup>5</sup>, Szántó K.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Department of Medicine, Szent-Györgyi Albert Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Hungarian Academy of Science - University of Szeged Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary; 3. Hungarian Centre of Excellence of Molecular Medicine – University of Szeged Molecular Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary; 4. HCEMM-BRC Mutagenesis and Carcinogenesis Research Group, Szeged, Hungary; 5. Hungarian Centre of Excellence of Molecular Medicine – University of Szeged Pathogen Fungi Research Group, Szeged, Hungary; 6. Delta Bio 2000 Ltd., Szeged, Hungary

**Introduction:** Changes in microbiome of the gut and decreased diversity in inflammatory bowel disease (IBD) is the subject of intense researches. The exact

pathophysiological connection is lacking, but the systemic inflammation due to the microbial alterations are assumed.

**Aims:** This study aimed to perform analysis of faecal microbiota composition simultaneously with body composition by bioelectrical impedance and nutrition habits in Crohn's disease (CD) patients to find specific microbiota profiles connected with obesity, mesenteric fat, signs of systemic inflammation, nutritional and body composition characteristics.

**Methods:** In our prospective cohort study, CD patients were enrolled. At the inclusion, demographic and clinical data, blood, and faecal samples were obtained. Clinical disease activity was assessed by CDAI, and SES-CD. Laboratory tests were made including C-reactive protein (CRP), albumin and lipids (triglyceride, cholesterol). Faecal bacterial composition was assessed using shotgun metagenomics sequencing technique. Each patient underwent a body composition analysis via bioelectrical impedance analysis. A nutritional questionnaire was filled by each subject.

**Results:** Data of 27 CD patients with different localisation was analysed in this study (mean age was 35±11 years). According to the gut inflammation, some *Blautia* species correlated positively with SES-CD (p=0,004), and correlated with faecal calprotectin negatively (p=0,02), while *Roseburia hominis* negatively with CDAI scores (p=0,01). High CDAI scores were also associated with dysbiosis. *Adlercreutzia equolifaciens* and *Blautia hansenii* associated with triglyceride (negatively p=0,04, positively p=0,05). *Firmicutes* has a lower, while *Bacteroidetes* has a higher abundance at high cholesterol level (p=0,001, p=0,023). Lower *Adlercreutzia* and *Lactobacillus* abundance were seen in patients with high visceral fat area (p=0,05, p=0,01), while *Clostridia* correlated with percent body fat (p=0,025). *Bifidobacterium bifidum* were associated in people with low body weight or low skeletal muscle mass (p=0,01, p=0,03). Beside *Clostridia*, *Eubacteriales* also correlated with waist-hip ratio (p=0,04, p=0,04).

**Conclusion:** To our knowledge this is the first study to analyse microbiota profiles by shotgun sequencing technique in CD patients depending on body composition via bioelectrical impedance and nutrition. Changes in *Blautia*, *Lactobacillus*, *Adlercreutzia*, *Roseburia* and *Bifidobacterium* abundances in patients with CD and obesity highlight the importance of correlations between lipid metabolism, adipose tissue mass, and chronic inflammation. Through this, it helps to develop new therapeutic approaches, such as personalized pre- or probiotics or faecal microbiota transplantation.

#### 5. A BILIARIS MUCINOSUS CYSTICUS NEOPLASIA KLINIKAI MEGJELENÉSE, KEZELÉSE ÉS JELENTŐSÉGE

Bárdos D.<sup>1</sup>, Kokas B.<sup>1</sup>, Pekli D.<sup>1</sup>, Fülöp A.<sup>1</sup>, Hahn O.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

A bilialis mucinosis cysticus neoplasia a máj ritka térfoglaló elváltozása. A korábban bilialis cystadenomának nevezett betegségről csupán néhány száz eset leírása szerepel az irodalomban.

Munkánk célja, hogy az irodalom áttekintésén, illetve a Klinikánkon ellátott betegek példáján keresztül áttekintést nyújtsunk a bilialis mucinosis cysticus neoplasia változatos, differenciáldiagnosztikai nehézséget jelentő klinikai megjelenéséről, helyes kezeléséről, illetve a betegség jelentőségéről.

A bilialis mucinosus cysticus neoplasia elsősorban a májban fordul elő, de az extrahepatikus epeútrendszerben is megjelenhet. Az esetek 90-95%-ában középkorú nőkben jelenik meg. A terhesség során, ill. anticoncipiens hatására mérete növekedhet.

Sokszor jelent differenciáldiagnosztikai problémát. Radiológiai megjelenését tekintve cystosus megjelenésű, jellemzőek rá a papillaris növedékek, a septumok, illetve a halmozó fal. A klinikai képet tekintve sokszor tünetmentes, de járhat aspecifikus panaszokkal, hasi diszkomforttal, fájdalommal, illetve sárgasággal. Ezért nehéz elkülöníteni a hasonló radiológiai jelekkel és klinikai megjelenéssel bíró egyszerű májcystáktól, echinococcus cystáktól, illetve a máj egyéb daganataitól, melyektől lényegesen eltérhet a kezelése.

Két szövettani szubtípusát különböztetjük meg: a mesenchimális stromával rendelkező és nem rendelkező neoplasiát. Ez utóbbi az esetek 10-15%-ában malignus elfajulással járhat. Kezelésére, illetve a recidíva és a malignus elfajulás megelőzésére az egyetlen hatékony módszer a teljes sebészi eltávolítás májresectióval.

Klinikánkon öt beteget kezeltünk intrahepatikus bilialis mucinosus cysticus neoplasia miatt. Három betegünk diagnózisa cysta fenestratiót követően derült ki, egy betegünknek szűrő vizsgálat során derült fény májélváltozására, míg ötödik betegünk icterusszal jelentkezett. Két betegünk szövödménymentes májresectión esett át. Két betegünk az elvégzett cystafenestratiót követően részletes felvilágosítás ellenére további műtétbe nem egyezett bele. Egy betegünk előkészítése májresectióra folyamatban van.

## 6. NHE-1 PLAYS A CENTRAL ROLE IN THE SMOKE-INDUCED PROLIFERATION IN BARRETT'S ESOPHAGEAL CELL LINE

Becskeházi E.<sup>1</sup>, Korsós M.<sup>1</sup>, Gál E.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, Hoyk Z.<sup>3</sup>, Deli M.<sup>3</sup>, Köhler Z.<sup>4</sup>, Keller-Pintér A.<sup>4</sup>, Horváth A.<sup>5</sup>, Csekő K.<sup>6,7</sup>, Helyes Z.<sup>6,7</sup>, Hegyi P.<sup>8,9,10</sup>, Venglovecz V.<sup>1</sup>

1. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. Institute of Biophysics, Biological Research Centre, Szeged, Hungary; 4. Department of Biochemistry, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Department of Pharmacognosy, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Medical School & Szentágotthai Research Centre, University of Pécs, Pécs, Hungary; 7. PharmInVivo Ltd., Pécs, Hungary; 8. First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 9. Institute for Translational Medicine, Medical School & Szentágotthai Research Centre, University of Pécs, Pécs, Hungary; 10. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary

**Introduction:** Smoking is considered a main risk factor of esophageal inflammatory and malignant diseases, but the cellular mechanism is not completely clear yet. Ion transporters of esophageal epithelial cells (EECs) ensure normal intracellular pH (pH<sub>i</sub>) levels, therefore have a special, protective role against harmful effects. We hypothesized that smoking influences esophageal epithelial ion transport mechanisms, especially the function of Na<sup>+</sup>/H<sup>+</sup> exchanger-1 (NHE-1), which plays a central role in the effect of smoking on EECs.

**Methods:** The effect of cigarette smoke extract (CSE) (1, 10, 100 µg/ml) on NHE activity was estimated by the NH<sub>4</sub>Cl pulse technique and changes in pH<sub>i</sub> were measured using a

fluorescent dye, BCECF-AM. Guinea pigs were exposed to tobacco smoke for 1, 2 and 4 months, EECs were isolated after an enzymatic digestion, then NHE activity was measured. CP-A (metaplastic) and CP-D (dysplastic) esophageal cell lines were treated with the above mentioned concentrations of CSE for 6, 24 and 72 hours, and mRNA and protein expression of NHE-1 was investigated by qPCR and western blotting, respectively. Immunohistochemical analysis of NHE-1 expression was performed in human samples. SLC9A1 gene silencing was performed by using siRNA. Viability and proliferation were estimated using LDH and CCK8 kit, respectively.

**Results:** CSE decreased the activity of NHE-1 in guinea pig EECs and CP-D cells, and high concentrations of CSE caused an elevated activity in CP-A cells. Chronic CSE treatment elevated NHE-1 protein expression in CP-A cells, but in CP-D cells there were no significant changes in mRNA nor protein expression. Elevated CSE-induced proliferative activity was detected in SLC9A1-silenced metaplastic cells. NHE-1 expression was increased in smokers and patients with Barrett's esophagus.

**Conclusion:** The increased expression and activity of NHE-1 upon CSE treatment is presumably a protective mechanism that prevents the malignant transformation of metaplastic cells.

This study was supported by the National Research, Development and Innovation Office (FK123982), the Economic Development and Innovation Operative Programme Grants (GINOP-2.3.2-15-2016-00015) and the National Research, Development and Innovation Office, by the Ministry of Human Capacities (EFOP 3.6.2-16-2017-00006).

## 7. RECIDÍV SIGMA VOLVULUS KEZELÉSE ENDOSCOPOS PERCUTAN SIGMOIDEOSTOMA KÉPZÉSSEL, ESET BEMUTATÁS

Bencze V.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Szűcs Á.<sup>1</sup>, Bánky B.<sup>1</sup>, Prof. Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Bevezetés:** A percutan endoscopos colostoma (PEC) képzés egy minimálisan invazív endoscopos eljárás, amely alternatív kezelési módot kínál a nagy kockázatú, sigma volvulusban szenvedő betegek számára. Az eljárás során a sigmabélbe percutan bevezetett katéter egyrészt dekompresziós csatornaként működik, másrészt a vastagbél rögzítését biztosítja az elülső hasfalhoz, megelőzve ezzel ismételt recidíva kialakulását.

**Módszer:** Egy 78 éves, polimorbid nőbeteg hasi fájdalom, mechanicus ileus klinikai képével került felvételre. Az elvégzett hasi CT vizsgálat sigma volvulus-t és következményes vastagbél ileus-t, extrém tág prestenotikus vastagbél traktust igazolt. Első lépésben akut műtét, a kis teherbíró képesség miatt sigmabél detorquatio történt. A postoperatív szakban kialakult recidív volvulus és passage zavar miatt, mivel kiterjesztett műtétre nem volt a beteg alkalmas, PEC képzés mellett döntöttünk. Rövid narkózisban endoscopos detorquatio-t végeztünk, majd a sigmabélre a hasfalon át látható transillumínatio-nak megfelelően percutan, GI Suture Anchor Set segítségével a hasfalhoz 3 ponton fixáltuk. Ezt követően a rögzített vastagbél lumenébe 10,2 Fr-es pigtail katéter került behelyezésre. A beteg passage zavara a beavatkozást követően megszűnt, a katéter kezelését elsajátította, nyitott katéterrel emittáltuk. Fokozatos lefogást követően a katétert 6 hónap után colonoscoppal eltávolítottuk.

**Eredmények:** Az általunk végzett eljárás szövődménymentes és eredményes volt, a beteg passage zavara megszűnt, 1 év után recidíva nem alakult ki.

**Következtetés:** Az endoscopos percutan sigmoideostoma képzés egy alkalmazható eljárás műtétre nem alkalmas, recidív sigma volvulusos betegek ellátására vagy akár "bridging" terápiaként COVID-19 járvány idején.

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

Berke G.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>1</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>1,3</sup>, Hegyi E.<sup>1</sup>

1. Institute for Translational Medicine, University of Pécs Medical School, Pécs, Hungary; 2. Department of Surgery, University of California Los Angeles, Los Angeles, California; 3. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** Carboxyl-ester lipase (CEL) is one of the main pancreatic lipases secreted by acinar cells and its role is to hydrolyze and absorb cholesterol and lipid soluble vitamins. Genetic variations in the CEL gene are associated with pancreatic diseases, namely a hybrid allele variant (CEL-HYB1) created by the recombination of CEL and its pseudogene CELP has been linked to the development of chronic pancreatitis (CP) in the German and French population. Moreover, it has been reported that the Thr488-Ile548 haplotype of CEL-HYB1 further increases the CP risk. However, replication studies failed to ascertain the association, as the variant is not present in Asia, and it seems to be relatively common in Polish healthy controls.

**Aims:** To investigate the role of CEL-HYB1 and its haplotype in a Hungarian CP cohort.

**Methods:** In collaboration with the Hungarian Pancreatic Study Group, we screened the 548 bp region where the CEL-CELP recombination takes place by melting curve analysis in 320 CP patients (185 alcoholic, 135 non-alcoholic) and 615 healthy controls. To confirm the presence of CEL-HYB1 allele and determine its haplotype, PCR and Sanger sequencing were used.

**Results:** The CEL-HYB1 allele was identified in six alcoholic and four non-alcoholic CP patients (10/320, 3.125%) and five healthy controls (5/618, 0.81%) resulting in an odds ratio of 3.96 (95% CI=1.34-11.67, p=0.0128). Interestingly, all CEL-HYB1 positive cases and controls carried the Thr488-Thr548 haplotype. We also identified a so far unreported hybrid variant in 1 patient (1/320, 0.31%) and 8 controls (8/618, 1.3%), all of whom carried the Ile488-Thr548 haplotype. Further investigations are needed to determine its role in CP.

**Conclusion:** The CEL-HYB1 allele is a relatively strong risk factor of CP in Hungary in both alcoholic and non-alcoholic cases. Our results confirm the initial finding by Fjeld et al., however we did not detect the previously reported more severe CEL-HYB1 haplotype. Based on previous studies and our results CEL-HYB1 is a risk factor for developing CP and should be included in the genetic testing of patients in which further exploration of disease etiology is necessary.

## 9. A VÉKONYBÉL TRANSZPLANTÁCIÓ HELYE A RÖVIDBÉL SZINDRÓMA KEZELÉSÉBEN

Bihari L.<sup>1</sup>, Walton Á.<sup>1</sup>, Haboub Sandil A.<sup>1</sup>, Piros L.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. SE Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

A bélelégelenség, és a rövidbél-szindróma igen sokféle etiológiával, nem ritkán bonyolult kórelőzmény után alakul ki.

Az epidemiológiai adatok alapján azonban felmerül, hogy sok esetben a betegség nem is kerül felismerésre. Erre utalhatnak a fejlett társadalmak jelentősen eltérő incidenciadatai. Míg az Egyesült Államokban 30, addig Európában 1,4 eset jut egy millió lakosra. A rövidbél szindróma is egyértelműen azon kórképek közé tartozik, ahol elengedhetetlen a multidiszciplináris megközelítés.

A beteg folyamatos ellenőrzése mellett szükséges a tartós parenterális táplálás bevezetése, a lehetőség szerinti orális táplálás mellett. Konzervatív kezelési lehetőség továbbá a glucagon-like peptide-2 (GLP-2) analóg teduglutide. Emellett az autológ sebészeti megoldások a tranzitidő hosszabbításával próbálják csökkenteni a malnutriciót és maldigesztiót. Azonban a konzervatív kezelés alapját képező tartós parenterális táplálás limitáló tényezője lehet a katéter asszociált szövődmények és hosszabb távon a kezelés következményeként kialakuló májelégtelenség.

Emiatt az arra alkalmas betegeknél megfontolandó a vékonybél transzplantáció is. A leggyakoribb 3 formája: az izolált vékonybél transzplantáció, májelégtelenséggel szövődött rövidbél szindrómás betegeknél a kombinált máj-vékonybél transzplantáció, illetve sebészileg „inoperabilis has” esetén a multivisceralis transzplantáció. A vékonybél transzplantáció az életminőség javítás mellett élethossz növelő, de életmentő transzplantáció is lehet. A vékonybél transzplantáció számos buktatója miatt világszerte a legkisebb számban végzett szervtranszplantáció, bár eredményessége – különösen, ha májtranszplantációval együtt történik – összemérhető a többi szerv transzplantációjával.

Klinikánkon és hazánkban jelenleg nincs vékonybél transzplantációs program, kérdés persze, hogy lenne-e rá egyáltalán reális igény.

## 10. PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IMPROVE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CANCER – A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Bognár A.<sup>1</sup>, Fogarasi B.<sup>1</sup>, Bajcsai F.<sup>1</sup>, Vörhendi N.<sup>1</sup>, Hadani Y.<sup>1</sup>, Omer A.<sup>1</sup>, Gergő D.<sup>1</sup>, Bunduc S.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Márta K.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>

1. Transzlációs Medicina Központ, Semmelweis University

**Introduction:** Cancer is a leading cause of death worldwide causing not only physical but emotional burden to the patients. Psychological symptoms are common among cancer patients and they can modulate the disease course. During the treatment period patients' quality of life may deteriorate.

**Aims:** This systematic review and meta-analyses investigates the effect of psychological interventions on the quality of life (QoL) and survival in cancer patients.

**Methods:** The systematic search was performed on PubMed, Cochrane and Embase from inception until 11 November 2021, without restrictions. Eligible studies were RCTs investigating differences in quality of life and survival in cancer patients undergoing psychological interventions besides standard of care (SOC) versus (vs.) SOC alone (experimental vs. control group). The standardized mean differences (SMD) with 95% confidence intervals (95%CI) were calculated in meta-analysis by the random effects model. I<sup>2</sup>-values and chi-squared tests indicated the statistical heterogeneity. The study protocol is registered on PROSPERO, CRD42021282327.

**Results:** Out of 10612 articles, we included 271 RCTs in the meta-analysis. Disease type and stage, intervention type and moment of outcome assessment varied across the studies. We are reporting below on differences in QoL measured at

12 weeks after the psychological intervention in the experimental vs. control group. Our analysis showed a significant improvement in physical QoL in patients receiving group-based psychological interventions [SMD=0.29; CI=0.04 to 0.54; I<sup>2</sup>=95% (91%; 98%)]. Although not statistically significant, the global QoL was also higher in this experimental group [SMD=0.37; CI= -1.75 to 2.49; I<sup>2</sup>=0% (0%; 90%)]. Individual psychological interventions as well increased global QoL [SMD=0.35; CI=-0.07-0.78; I<sup>2</sup>=86% (78%; 91%), physical QoL [SMD=0.33; CI=-0,03 to 0.69, I<sup>2</sup>=84% (73%; 91%)] and social functioning [SMD=0.22; CI=0,00 to 0.43; I<sup>2</sup>=63% (23%; 82%)] in the experimental group.

**Conclusion:** Our results revealed a medium to large effect of psychological interventions on both global and specific dimensions of quality of life in cancer patients. Adding psychological interventions in SOC of cancer patients is justified. Further analysis of the interventions provider, environment, disease type and stage and other timepoints for outcome measurement, will substantiate more specific recommendations.

#### 11. INTERVALLUM TUMOROK ALAKULÁSA 2010-2020 KÖZÖTT AZ SZTE BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA BETEGANYAGÁBAN

Bősze Z.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem Belgyógyászati Klinika

**Bevezetés:** A colorectalis carcinomák (CRC) szűrése kolonoszkópiával és polipectomia végzésével csökkenti azok incidenciáját, azonban nem ad teljes védeltséget a vastagbéli neopláziák kialakulása ellen. Intervallum tumornak nevezünk azt a tumort, ami az index kolonoszkópia után 5 éven belül alakul ki. (World Endoscopy Organisation, 2015)

**Célkitűzés és módszer:** A retrospektív tanulmányunk célja az intervallum CRC incidenciájának megállapítása volt 5-, 3-, és 1-éves végpontokat használva, valamint a rizikótényezők azonosítása. Ennek megfelelően áttekintettük azon felnőtt páciensek klinikai adatait, akiket 2010 és 2020 között a Szegedi Tudományegyetemen CRC-vel diagnosztizáltak.

**Eredmények:** A vizsgálat ideje alatt összesen 3047 esetben került sor CRC diagnosztizálására, melyből 5 éves vágóponttal 4,27%-ban (N=130), 3 évvel 3,35%-ban (N=102), 1 évvel az esetek 1,44%-ában (N=44) igazolódott intervallum tumor. Ezeknek a 70,77%-a (N=92) missed lézió volt, míg az index kolonoszkópia során végzett inkomplett reszekció az esetek 10,77%-ában (N=14) volt felelős kialakulásáért. Új tumor kialakulását az esetek 18,46%-ában (N=24) vezethető vissza intervallum tumor kialakulásáért. Az intervallum tumorok megoszlás közel hasonló arányban volt látható a jobb (55,38%, N=72), illetve bal (46,15%, N=60) colonfélben. Két eset során igazolódott tumor egyszerre a rectumban és coecumban. Az intervallum tumoros betegek 19,23%-ának (N=25) kórelőzményében CRC szerepel, mely esetek 80%-ában (N=20) a daganatot az index kolonoszkópiát követően kevesebb, mint 3 évvel találták meg. Korábbi colonoscopia során az esetek 57,69%-ában (N=75) került sor polipectomiára, melyekből a szövettani vizsgálatok során 20%-ban (N=15) igazolódott high grade dysplasia. Az intervallum tumoros betegek 85,33%-ában (N=64) 3 éven belül, míg 40%-ának 1 éven belül szerepel polipectomia az anamnesisében. Minőségi kolonoszkópia kritériumainak vizsgálata az index kolonoszkópiáknál még folyamatban van.

**Diszkusszió:** A missed lézió progressziója vezethető vissza a legtöbb intervallum tumor kialakulásához, aminek incidenciája a megfelelő surveillance stratégiák betartásával csökkenthető, így az intervallum tumorok mortalitása csökkenthető.

#### 12. NASOGASTROSCOPIA SZEREPE A FELSŐ TÁPCSATORNAI SZŰKÜLETEK ELLÁTÁSÁBAN, ASSZISZTENSZI TEENDŐK.

Budai J.<sup>1</sup>, Gurzó Z.<sup>1</sup>, Novák J.<sup>1</sup>, Crai S.<sup>1</sup>, Balogh E.<sup>1</sup>, Bányainé Bodonyi K.<sup>1</sup>, Kádár T.<sup>1</sup>, Iszák A.<sup>1</sup>

1. BMKK Pándy Kálmán Tagkórház Endoscopos Labor

**Introduction:** Nyelőcső rosszindulatú daganatainak a gyakorisága az utóbbi években növekedést mutatott. Az összes carcinomac 2%-át, és a tápcsatornai daganatok 4%-át adják. Egyértelműen gyakrabban fordul elő férfiak esetében. Szöveti differenciálódása szerint leggyakoribb tumor a laphámrák, és jelentős növekedést mutat az adenocarcinoma is.

**Aims:** Előadásunk célja, hogy rávilágítsunk a nasogastroszcopia alkalmazásának jelentőségére azoknál a betegeknél, akiknek nyelőcső szűkület miatt a normál gastroscop nem vezethető át.

**Methods:** 2017 és 2020 közötti időszakot átölelő retrospektív kutatási időszakot ismertettünk. A kutatás kifejezetten a felső tápcsatornai szűkületek diagnosztikus és terápiás ellátását követi nyomon, amelyek csak nasogastroszcoppal voltak kivitelezhetőek.

**Results:** 2017 és 2020 között laborunkban 57 felső tápcsatornai szűkület diagnosztikus és terápiás ellátását végeztük el, 14 nő és 43 férfi esetében. Túlnyomó részt, 30 esetben, nyelőcső tumor okozta a szűkületet. 12 esetben stenotizáló nyombélfekély került felfedezésre. Kis számban fej-nyak tumor, valamint a cardia-, vagy pylorus régiót érintő tumorok voltak a szűkületek hátterében. Felső és alsó tápcsatornai szűkületekben, amikor a hagyományos endoszcoppal nem sikerül átjutni a szűkületen, az ultravékony eszközzel a felső tápcsatorna biztonságosan átvizsgálható, így közelebb kerülhetünk a diagnózis felállításához, és a szűkület mögötti rész átvizsgálhatóvá válik. Bár az invazív beavatkozások lehetősége ezen eszközzel limitált, hagyományos műszerrel kivitelezhetetlen PEG beültetés nasogastroszcoppal - tapasztalataink alapján - elvégezhető.

**Conclusion:** Nasogastroszcopia speciális esetekben diagnosztikus és terápiás haszna van.

#### 13. EXOSOMES AS PROGNOSTIC BIOMARKERS IN PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA –A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Bunduc S.<sup>1,5,7,8</sup>, Gede N.<sup>9</sup>, Váncsa S.<sup>1,5,9</sup>, Lillik V.<sup>9</sup>, Kiss S.<sup>4,9</sup>, Juhász M.<sup>5,6,9</sup>, Erőss B.<sup>1,5,6,9</sup>, Szakács Z.<sup>9,10</sup>, Gheorghe C.<sup>7,8</sup>, Mikó\* A.<sup>2,9</sup>, Hegyi\* P.<sup>1,5,6,9</sup>

1. Semmelweis University, Heart and Vascular Center, Division of Pancreatic Diseases, Budapest, Hungary; 2. University of Pécs Medical School, Department of Medical Genetics, Pécs, Hungary; 3. University of Pécs, Medical School, First Department of Medicine, Pécs, Hungary; 4. University of Szeged, Doctoral School of Clinical Medicine, Szeged, Hungary; 5. Semmelweis University, Center for Translational Medicine, Budapest, Hungary; 6. University of Pécs, János Szentágothai Research Center, Pécs, Hungary; 7. Fundeni Clinical Institute, Bucharest, Romania; 8. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania; 9. University of Pécs, Medical School, Institute for Translational Medicine, Pécs, Hungary; 10. University of Pécs, Medical School, First Department of Medicine, Pécs, Hungary

**Introduction:** Extensive research is focused on the role of liquid biopsy in pancreatic cancer since reliable diagnostic and follow-up biomarkers represent an unmet need for this highly lethal malignancy.

**Aims:** We performed a systematic review and meta-analysis on the prognostic value of exosomal biomarkers in pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC).

**Methods:** MEDLINE, Embase, Scopus, Web of Science, and CENTRAL were systematically searched on the 18th of January, 2021 for studies reporting on the differences in overall (OS) and progression-free survival (PFS) in PDAC patients with positive versus negative exosomal biomarkers isolated from blood. The random-effects model estimated pooled multivariate-adjusted (AHR) and univariate hazard ratios (UHRs) with 95% confidence intervals (CIs). Eleven studies comprising 634 patients were eligible for meta-analysis.

**Results:** Detection of positive exosomal biomarkers indicated increased risk of mortality (UHR=2.81, CI:1.31–6.00,  $I^2=88.7\%$ ,  $p<0.001$ ), and progression (UHR=3.33, CI:2.33–4.77,  $I^2=0$ ,  $p=0.879$ ) across various disease stages. Positive exosomal biomarkers identified preoperatively revealed a higher risk of mortality in resectable stages (UHR=5.55, CI: 3.24–9.49,  $I^2=0$ ,  $p=0.898$ ). The risk of mortality in unresectable stages was not significantly increased with positive exosomal biomarkers (UHR=2.51, CI: 0.55–11.43,  $I^2=90.3\%$ ,  $p<0.001$ ). Detectable exosomal micro ribonucleic acids were associated with a decreased OS (UHR=4.08, CI: 2.16–7.69,  $I^2=46.9\%$ ,  $p=0.152$ ) across various stages.

**Conclusion:** Our results reflect the potential of exosomal biomarkers for prognosis evaluation in PDAC. The associated heterogeneity reflects the variability of study methods and need for their uniformization before transition to clinical use.

#### 14. THE INHIBITION OF THE MITOCHONDRIAL $\text{Na}^+/\text{Ca}^{2+}$ EXCHANGER PREVENTS ACINAR CELL DAMAGE IN ACUTE PANCREATITIS IN MICE

Csákány-Papp N.<sup>1</sup>, Madácsy T.<sup>1</sup>, Molnár M.<sup>1</sup>, Varga Á.<sup>1</sup>, Jójárt B.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>2</sup>

1. First Dept of Medicine, University of Szeged; 2. MTA-SZTE Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group and Department of Public Health, Szeged, Hungary

**Introduction:** Mitochondrial  $\text{Ca}^{2+}$  homeostasis is essential for regulating cellular bioenergetics,  $\text{Ca}^{2+}$  signaling and cell fate. Under physiological conditions mitochondria accumulate  $\text{Ca}^{2+}$  via the mitochondrial  $\text{Ca}^{2+}$  uniporter (MCU), whereas  $\text{Ca}^{2+}$  is extruded by the mitochondrial  $\text{Na}^+/\text{Ca}^{2+}$  exchanger (NCLX). The balance between these processes is essential for preventing sustained mitochondrial  $\text{Ca}^{2+}$  overload, which is a hallmark of acute pancreatitis (AP). Inhibition of MCU was not able to prevent pancreatic damage in previous studies suggesting that other proteins, presumably NCLX, may have critical role in the development of mitochondrial  $\text{Ca}^{2+}$  overload.

**Aims:** Therefore our aim was to clarify the role of NCLX in pancreatic acinar cell (PAC) injury during AP.

**Methods:** PACs were isolated from C57BL/6 mice and were used for RT-PCR, immunostaining, fluorescent  $\text{Ca}^{2+}$  and mitochondrial membrane potential ( $\Delta\Psi_m$ ) measurements and cell fate analysis. Experimental AP was induced by 10 hourly cerulein, or two ethanol/fatty acid mixture i.p. injection. The selective NCLX inhibitor CGP37157 was administered after the induction of AP.

**Results:** Our results showed that both NCLX and MCU are expressed in PACs. 10  $\mu\text{M}$  CGP37157 inhibited the mitochondrial  $\text{Ca}^{2+}$  extrusion but had no effect on the cytosolic  $\text{Ca}^{2+}$  elevation in carbachol stimulated cells. In contrast, CGP37157 prevented the sustained mitochondrial  $\text{Ca}^{2+}$  elevation, loss of  $\Delta\Psi_m$  and pancreatic acinar cell death induced by 250  $\mu\text{M}$  chenodeoxycholate. In *in vivo* experiments, post-treatment with 40 mg/bwkg CGP37157 significantly reduced the serum amylase levels and histological severity of cerulein-, and alcohol-induced AP in mice.

**Conclusion:** Our results suggest that NCLX plays a crucial role in the mitochondrial  $\text{Ca}^{2+}$  homeostasis in pancreatic acinar cells under pathological condition and can be a potential drug target in AP.

#### 15. POST-DISCHARGE MORTALITY IS AN OVERLOOKED OUTCOME MEASURE IN ACUTE PANCREATITIS. A PROSPECTIVE INTERNATIONAL COHORT ANALYSIS OF 3237 PATIENTS.

Czapári D.<sup>1</sup>, Váradi A.<sup>1</sup>, Farkas N.<sup>1</sup>, Márta K.<sup>2,3</sup>, Szentesi A.<sup>1</sup>, Vánca S.<sup>1,2,3</sup>, Nagy R.<sup>1,2,4</sup>, Teutsch B.<sup>1,2</sup>, Bunduc S.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Center for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Heim Pal National Pediatric Institute, Budapest, Hungary

**Introduction:** Clinical research on acute pancreatitis (AP) has focused primarily on the hospital period, and little information is available on outcomes after discharge. Only few randomised clinical trials have included follow-up period

**Aims:** In this study, we aimed to examine post-discharge mortality as a previously overlooked but potentially important outcome measure in AP.

**Methods:** The Hungarian Pancreas Study Group prospectively collected 3237 well-characterised patients from 23 centres between 2011 and 2021. This pool was compared to a general population obtained from the Central Statistical Office. Data on mortality and time of death of patients after discharge were provided by the Ministry of the Interior. The two cohorts were compared using Kaplan-Meier curves, while the factors were analysed using uni and multivariate COX regression.

**Results:** The first-year mortality after discharge is twice as high as the in-hospital mortality, with most events occurring in the first three months. Independent risk factors were analyzed to predict the population at risk. Three categories in analysis were found to be the most significant: (1) anamnestic factors: age ( $p<0.0001$ ), gender ( $p=0.3$ ), Charlton-Comorbidity Index (CCI) ( $p<0.0001$ ), diabetes ( $p=0.017$ ); (2) Laboratory parameters: blood urea nitrogen ( $p<0.00018$ ), creatinine ( $p<0.00018$ ), c reactive protein (CRP) ( $p<0.00018$ ); (3) Outcome parameters: severity ( $p<0.0001$ ), Length of hospitalization ( $p<0.0001$ ), local complications ( $p=0.012$ ), necrosis ( $p<0.0001$ ), organ failure ( $p<0.0001$ ), pleural fluid ( $p=0.85$ ). The multivariate analyses were also divided into three groups (all groups were analyzed by age and sex): firstly, the outcomes group with the following analyzed factors: local complications, organ failure\* ( $p=0.032$ ), CCI\* (0.003). Second analysis included laboratory parameters as respiratory rate, lipase\* ( $p=0.045$ ), haemoglobin\* ( $p<0.001$ ), blood urea nitrogen, creatinine\* ( $p<0.001$ ), glucose\* ( $p<0.001$ ), CRP, triglyceride. In a third analysis, we examined the etiology: biliary\* ( $p<0.001$ ), alcohol-induced, idiopathic\* ( $p=0.001$ ), HTG, other.

**Conclusion:** Our results fundamentally redefine the critical outcome indicators for acute pancreatitis. Our data suggest that past clinical trials should be reassessed for post-discharge mortality and that current trial protocols should include follow-up of patients for at least three months after discharge.

\* indicates significant differences.

#### 16. BURNOUT AMONG EUROPEAN IBD SPECIALISTS

Dávid A.<sup>1</sup>, Volosin M.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Rafael B.<sup>3</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Department of Medicine, University of Szeged; 2. Institute of Psychology, University of Szeged; 3. Department of Preventive Medicine, University of Szeged

**Introduction:** Healthcare professionals are at daily risk of burnout. It is a cumulative process that is a chronic, and progressive condition that can lead to morbidity and even mortality. Burnout occurs in approximately 30-65% of all physicians. The main symptoms of burnout are: emotional exhaustion, depersonalization, reduced personal accomplishment.

**Aims:** Our aim is to measure the level of burnout and analyze social and economic risk factors among European IBD specialists.

**Methods:** This was an international, cross-sectional, questionnaire-based pilot study, supported and authorized by the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). 102 respondents (56.9% male, average age 48 (SD:10.6)) completed the questionnaire. The survey consists of four different standardized questionnaires (Maslach Burnout Inventory [MBI], Patient's Health Questionnaire-15 [PHQ-15] and Patient's Health Questionnaire -9 [PHQ-9] and WHO-5 Well-being) as well as sociodemographic, health-related and work-related questions.

**Results:** More than a third of respondents consider their personal performance to be medium and 5.9% report a medium level of emotional exhaustion. In terms of depersonalization, 48% report a medium level and 47.1% a high level. A decrease in personal accomplishment (PA) is associated with a higher correlation of depressive symptoms. Emotional exhaustion (EE) and depersonalization (DP) also show a strong positive correlation with depressive symptoms, as well as with the prevalence of physical symptoms. There are negative correlations between well-being and emotional exhaustion and depersonalization. Emotional exhaustion is also correlated with age, physical activity, and time spent in health care.

**Conclusion:** Professionals working with IBD patients are at risk of burnout in the same way as gastroenterologists and other health professionals. Working with chronic patients and the infrastructural, organizational, and personal difficulties can all influence the degree of burnout. The pilot study draws attention to the importance of burnout among IBD professionals in Europe, particularly in relation to depersonalization. Further studies and a higher participation rate may help to uncover the role of underlying factors and provide a basis for international support and prevention programs.

#### 17. AZ ENDOSZKÓPOS VÁKUUMTERÁPIA (EVT) ALKALMAZÁSÁNAK BEMUTATÁSA EGY A NYELŐCSŐ IATROGÉN SÉRÜLÉSE KAPCSÁN

Balogh C.<sup>1</sup>, Dancs N.<sup>1</sup>, Kiss G.<sup>1</sup>, Pécsi G.<sup>1</sup>

1. Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház

**Bevezetés:** A gastrointestinalis rendszer transzmurális károsodásai különösen nehezen kezelhetőek. Közülük is

kiemelendők a nyelőcső anastomosis insufficienciák, nyelőcső iatrogén vagy egyéb perforációi, repedései.

Kezelésük általában sebészeti, ami magas morbiditási és mortalitási arányokkal járhat. Ezért napjainkban törekednek a minimál invazivitással járó endoscopos beavatkozások előnyben részesítésére. Az elsődleges endoscopos kezelésük általában öntáguló fémstent (SEMS) beültetés vagy over the scope clip-el (Ovesco) történő perforáció zárás. 2006 óta ismert egy innovatív endoscopos módszer, az endoscopos vákuum-terápia (EVT, E-Vac), mely kedvező eredményekkel kecsegtet és megfelelő alternatívaként alkalmazható.

**Technikai leírás:** A technika lényege egy nasogasztrikus szondához csatlakoztatott szivacs endoscopos pozícionálása a perforációs nyílás magasságában, vagy akár a nyílás üregébe, majd a szondát szívas alá helyezve negatív nyomás kialakítása. 10 mm-nél kisebb nyílásokban javasolt, de 1-től 5-cm-ig terjedő perforációs nyílásokon is alkalmazták már hatásosan intracavitárisan. A megfelelő pozíció megtartása céljából javasolt az NGT szonda orrhoz rögzítése. A gyomor-bél traktusban gyakran alkalmazott vákuumterápiás beállítás -50-től -125 Hgmm nyomásig optimális - folyamatos intenzitás mellett. A bőrgyógyászatban már jól ismert mechanizmusokon keresztül segíti a sebgyógyulást.

**Esetbemutató:** 39 éves suicid férfibeteg nyelőcső sérülésének endoscopos kezelési módszerén keresztül mutatjuk be az endoscopos vákuumtechnikát, annak előnyeit.

A beteg közvetlen közletről számszerűl mellkason lötte magát. A nyíl áthatolt az aortán és a szív jobb kamráján, nagyobb koszorúeret nem érintett, majd a thoracalis X. csigolyában állt meg. Akut műtét során ér-, szívsérüléseit zárták. Az ötödik posztoperatív napon mellkasi empyema alakult ki, mely miatt drainage történt. A drain-ben ételmaradék jelent meg. Gastroszkópia során igazoltuk a nyelőcső sérülését. Két alkalommal kíséreltük meg fedett nyelőcső stent behelyezését, de a stent mindkét alkalommal a gyomorba migrált. A sebészettel közösen döntöttünk az endoscopos vákuum-technika megkísérléséről. A technikát a kezdeti nehézségek ellenére sikerült megfelelően alkalmaznunk, a szivacsot 4-7 naponta cserélve a perforációs nyílás 26 nap alatt zárult.

**Konklúzió:** A nehezen gyógyuló, stentelésre nem alkalmas nyelőcső-perforációk, stent migrálására hajlamosító anastomosis insufficienciák esetén jó alternatívaként használható az endoscopos vákuum-technika. Rescue terápiaként is alkalmazható műtétre alkalmatlan, vagy magas kockázatú betegcsoportokban.

#### 18. MALABSZORPCIÓS SZINDRÓMA RITKA OKA EGY DIABETESSES BETEGÜNKNÉL

Czuczor V.<sup>1</sup>, Ágoston S.<sup>1</sup>, Kovács G.<sup>1</sup>, Kovács J.<sup>1</sup>, Polocsányi B.<sup>1</sup>, Rácz F.<sup>1</sup>, Szegedi L.<sup>1</sup>, Ráski G.<sup>2</sup>, Szegedi Z.<sup>2</sup>, Nagy S.<sup>3</sup>, Szabó G.<sup>3</sup>, Jurkinya R.<sup>4</sup>

1. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház, I. sz. Belgyógyászat; 2. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház, Radiológiai Osztály; 3. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház, Sebészeti Osztály; 4. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály

**Introduction:** A krónikus mesenterialis ischaemia egy viszonylag ritka, de magas mortalitású kórkép. Jellemzője a

postprandiálisan jelentkező hasi fájdalom, azaz hasi angina, súlyosabb esetekben hasmenés és jelentős fogyás következik be. A diagnózis feállítását nagyban segítheti a korrekt anamnézis felvétel, célravezető a szűkületet objektívizáló CT angiographia/angiographia lehet. Intervenciós radiológus által végzett angioplastica manapság már a műtéti megoldás alternatívájaként szolgál.

**Aims:** Egy 67 éves, generalizált atherosclerosisban szenvedő férfi betegünk történetét szeretnénk bemutatni, akinek hasmenés, hasi fájdalom és jelentős fogyás miatt indult kivizsgálása.

**Methods:** A malabszorpciós szindróma okát tisztázandó, első körben elvégzett gasztroenterológiai vizsgálatok egyértelmű eltérést nem mutattak, a második kórházi kezelése kapcsán végzett CT angiographia bizonyította az artéria mesenterica superior kezdeti szakaszának - a tüneteket magyarázó - preokkluzív szűkületét.

**Results:** Intervenciós radiológus által tervezett angioplastica sikertelen volt. Érsebész laparotomia során inoperabilis státuszt látott. A betegünk végül exitált...

**Conclusion:** A tragikus végkimenetelű esetünk kapcsán a diagnosztika nehézségeire, az anamnesztikus adatok korrekt áttekintésének szükségességére szeretnénk volna felhívni a figyelmet. A magas cardiovascularis rizikójú, 50 év feletti korosztály nem szűnő hasi panaszai kapcsán fel kell vetnünk bél ischaemia lehetőségét.

## 19. TERÁPIÁS PLAZMAFEREZIS KEZELÉS SÜRGETŐ MÁJTRANSZPLANTÁCIÓRA VÁRÓ KRÓNIKUS MÁJBETEGNÉL-ESETISMERTETÉS

Dancs N.<sup>1</sup>, Ujpál I.<sup>2</sup>, Molnár K.<sup>2</sup>, Gerlei Z.<sup>3</sup>, Gervain J.<sup>4</sup>, Pécsi G.<sup>1</sup>

1. Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia; 2. Országos Vérellátó Szolgálat, Győr; 3. SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Hepatológia Ambulancia; 4. FM Szent György Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászat/Gasztroenterológia; Terápiás Aferezis Bizottság

**Bevezetés:** Aferezis kezelés hepatológiai indikációban akut fulmináns májelégtelenség esetén alkalmazható, melynek hátterében akut májelégtelenség ill. krónikus májbetegség akut dekompensációja állhat. Kiváltó okként szerepelhetnek vírusok, toxinok, metabolikus, vascularis történések, hepatorenalis syndroma, májtranszplantációt követő graftelégtelenség, rejectio. Terápiás plazmaferézis és/vagy cytosorb kezelés végezhető, engedélyeztetéssel. Kórházunkban terápiás plazmaferézis érhető el, az Országos Vérellátó Szolgálat által, melynek során extracorporális plazmaeltávolítást végeznek, substitúciós folyadékpótlással.

**Esetismertetés:** P.R., 19 éves vajdásági nőbeteg. Biliaris atresia miatt 3 hónaposan Kasai műtéten esett át. Szerbiai gondozása során secunder biliaris cirrhosis alakult ki. 2021. januárjában érkezett Magyarországra cirrhosisának súlyos parenchymás és vascularis decompensációja miatt, májtranszplantáció reményében. Felvételekor (2021.01.29) Bi: 369/273 INR 1, 5 HGB: 90 PLT: 90 feh/alb: 46/24 ammónia: 46 CHE: 1356 Ts: 63 kg- jelentős ascitissal, anasarcával. Konzervatív kezelés mellett ascitese jelentősen csökkent, de 2 hét elteltével icterusa extrém mértékben fokozódott: Bi: 599/459 CHE: 808 INR: 1,7-2,2. Májtranszplantációs protokoll vizsgálatok lefolytatása mellett, desicterisatio, multi organ failure megelőzése céljából 2021.02.17-én terápiás plazmaferézist kezdtünk. A továbbiakban 116 nap alatt összesen 37 alkalommal történt terápiás plazmaferézis. A kezelést hypersplenía miatt GCSF védelemben végeztük, 5%-os albumin visszapótlással.

Kezelése során összesen 48 E szűrt, választott VVT és 72 E FFP transzfúziójára szorult. Tünetmentesen zajlott COVID fertőzés miatt 1 hónapos negatív kontroll mellkas CT vizsgálatot követően 2021.04.27.-én került krónikus májbetegség májváró listájára, sürgetőleg. Bár a beteg állapota folyamatosan romlott, a terápiás plazmaferézis segítségével icterusát 300 körüli össz-biliurubin szinten sikerült tartani, tudatzavar nem lépett fel, multi-organ failure elkerülhető lett. 2021.06.13.-án első májriadója során sikeres májtranszplantáción esett át.

**Konklúzió:** Májtranszplantációra váró krónikus májbetegség akut dekompensációjában a széles körben elérhető terápiás plazmaferézis májpótló, bridging kezelésként adható az állapotromlás megfékezésére, lehetővé téve, hogy a beteg alkalmas maradjon a májtranszplantációra. 2022-re a terápiás plazmaferézis mellé a cytosorb terápia is bekerült az akut fulmináns májelégtelenségben adható aferezis kezeléseik közé.

## 20. VÉKONYBÉL KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA GYERMEKKORI GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGBEN

Lásztity N.<sup>1</sup>, Lakatos C.<sup>1</sup>, Micskey É.<sup>2</sup>, Madarasi A.<sup>1</sup>

1. Csecsemő- és gyermekosztály, Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő, Budapest; 2. Budai Gyermekórház-Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő, Budapest

**Introduction:** A vékonybél kapszulás endoszkópos (VCE) vizsgálatok gyermekkori főbb indikációi az ismeretlen eredetű bélrendszeri vérzés és gyanított vagy ismert vékonybél Crohn betegség (CB), polipózis szindrómákban igazolt a vizsgálat diagnosztikus értéke. Felnőttkori vizsgálatok rámutattak arra, hogy CB-ben az MR enterographia mellett elvégzett vékonybél VCE jobb betegség kimenetelt biztosított.

**Aims:** Vizsgálatunk célja volt kórházunkban 2019 és 2022 januárja között CB indikációjával végzett VCE adatainak retrospektív elemzése, egyéb képalkotó eljárások eredményével és a betegség aktivitását jelző paraméterekkel történő összevetése.

**Methods:** A fenti időszakban összesen 22 vizsgálat történt, 17 esetben (kor: 5-18, átlag: 15,7 év) végeztünk VCE vizsgálatot gyanított vagy ismert Crohn betegség miatt.

**Results:** Az esetek 94%-ban (16/17) érte el a kapszula a coecumot a vizsgálat ideje alatt, kapszula retentio, szövödmény nem alakult ki. Gyanított vagy ismert CB esetén a VCE 11/17 (65%) esetben igazolta a vékonybél érintettségét vagy annak pontos kiterjedését szemben az MR enterographia során észlelt elváltozásokkal (4/17 esetben). Az esetek 59%-ban (10/17) történt a vizsgálatot követően terápiás módosítás. CB aktivitási indexe (PCDAI) és a széklelet calprotectin szintek szignifikáns pozitív korrelációt mutattak a VCE aktivitási indexével ( $p=0,02$  és  $p=0,003$ ).

**Conclusion:** Vizsgálati adataink elemzésével szeretnénk rámutatni a kapszulás endoszkópia diagnosztikus és terápiás értékére gyermekkori gyulladós bélbetegségben.

## 21. A DIAGNÓZIS RÖGÖS ÚTJA. WHIPPLE-KÓR DIAGNOSZTIZÁLÁSA 18 ÉVES KÓRLEFOLYÁS UTÁN

Rétfalvi G.<sup>1</sup>, Németh B.<sup>1</sup>, Kovács V.<sup>1</sup>, Durcsán H.<sup>1</sup>, Pécsi D.<sup>1</sup>, Almási K.<sup>2</sup>, Pécsi G.<sup>1</sup>

1. Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia; 2. Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, Patológiai Osztály

**Bevezetés:** A Whipple-kór egy ritka, Tropherymawhippeli okozta több szervrendszert érintő, relapsusokkal kísért krónikus lefolyású, kezelés nélkül fatális kimenetelű



megbetegedés. A kórkép gyanúját a fogyás, a krónikus hasmenés és arthralgia triász veheti fel, de a változatos klinikai képet hőemelkedés, mesenterialis lymphadenopathia, savós hátrák gyulladása, kardiológiai és neurológiai elváltozások is jellemezhetik. A színes klinikai megjelenés a diagnózist évtizedekkel késleltetheti.

**Cél:** Esetünk 18 év időintervallumot felölelő kórlefolysa lehetőséget ad arra, hogy elsősorban a gasztroenterológus szemszögéből, másodsorban a társszakmák szemszögéből mutassunk rá a diagnosztikai csapdákra, kiemelve az elmulasztott lehetőségeket.

**Esetbemutató:** A jelenleg 77 éves nőbeteg 2004 óta számos esetben állt kórházi kivizsgálás, kezelés alatt. 2004-ben Neurológián hospitalizálták szédüléssel panaszok miatt, VBI-t állapítottak meg. Rheumatológiai osztályon több alkalommal kezelték nagy izületi valamint izomfájdalmak miatt, palindrom rheumatizmust vélelmeztek. 2014-ben ITP miatt kezelték Haematológián. Infektológiai Osztályon Campylobacter majd Clostridium difficile fertőzés miatt kezelték. 2014-ben fogyás, hasmenés miatt végeztünk gastroscopiát, melyen duodenalis lymphangiectasia került leírásra, azonban thrombocytopaenia miatt biopsziás mintavétel nem történt. Panaszok hátterében pancreas insufficientiát vélelmeztek. 2014-ben nőgyógyászati tumormarker emelkedés miatt total hysterectomia és adnexectomia történt, de szövettani vizsgálat malignitást nem igazolt. 2021-ben anaemizálódás miatt ismételt gastroscopia történt, chronicus antralis erosiokat észleltünk, antrumbiopszia kórosat nem írt le. Duodenumban ekkor eltéréseket nem észleltünk. Osztályunkon 2021-ben már hospitalizáltuk passage zavar miatt, ileo-colonoscopia kórosat nem mutatott. 2022-ben cardialis decompensatio ismételt osztályunkon kezeltük. Ekkor folyamatos fogyás, felszívódási zavar miatt ismételt gastroduodenoscopia történt, kifejezett duodenalis lymphangiectasia mutatkozott. Felmerülő Tropheryma whippeli infectio miatt duodenum szövettani minta PAS festése történt. Kapszula endoszkópia és egyéb kiegészítő vizsgálatok alapján állítottuk fel a Whipple kór diagnózisát, melyet eredményes gyógyszeres kezelés követett.

**Konklúzió:** 1. A Whipple-kór okozta tünetek és elváltozások széles skálán mozoghatnak, melyek hátterében differenciál diagnosztikai szempontból számos kórkép lehetősége felmerül.

2. Klinikai gyanú esetén a gasztroenterológus ne habozzon duodenumbiopsziát venni és PAS festést kérni a patológus kollégáktól.

3. Az idejében felállított diagnózis és a megfelelő terápia következtében klinikai remisszió érhető el az akár fatális következményekkel járó kór esetében.

## 22. AZ EPEUTAK RITKA VELESZÜLETETT RENDELLENESÉGE – VA TÍPUSÚ DUPLIKÁLT EXTRAHEPATICUS EPEÚT – ESETISMERTETÉS

Szász D.<sup>1</sup>, Balogh C.<sup>1</sup>, Kiss G.<sup>1</sup>, Pécsi G.<sup>1</sup>

1. Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály - Gasztroenterológiai Részleg

**Bevezetés:** A duplikált extrahepaticus epeút egy ritka veleszületett rendellenesség. Öt típusát különböztetjük meg, melyek közül a legritkábban előfordul az V. típus.

**Esetismertetés:** A 62 éves multimorbid nőbetegünk egy napja kezdődő heves epigastriális fájdalom miatt kereste fel kórházunk Sürgősségi Betegellátó Osztályát. Labor- és hasi ultrahang vizsgálat során cholelithiasis és choledocholithiasis igazolódott. A klinikai kép és laborok javulása alapján az epeúti kő spontán távozása és a Mirizzi-

szindróma oldódása is felmerült. Tekintettel arra, hogy egy multimorbid betegről van szó, első körben a beteg szempontjából kisebb terheléssel és szövődémmel járó MRCP-vizsgálatot ütemeztünk, mely az epehólyagban és a d. choledochusban követ írt le. Kezdetben regrediáló majd ismételt progrediáló cholestasis miatt ERCP-t végeztünk, mely során észleltük, hogy a jelentősen tágult d. cysticus mélyen a Vater papilla szintjéből ered, úgy ítéltük meg hogy a képkalkotók által leírt epeúti kő a cysticus vezetékben helyezkedik el. A nagy méretű kő d. choledochusra gyakorolt kompressziója által okozta szövődmények megelőzésére, az epeelfolyás biztosítására a d. choledochusba egy plasztik stentet helyeztünk be, majd Sebészeti Osztályon laparoszkópos cholecystectomiát végeztek. Műtét során a d. cysticust kömentesnek találták. Panaszok ismételt jelentkezése miatt, újabb ERCP-t végeztünk. Ekkor került diagnosztizálásra az aberráns epeúti rendszer. A Vater-papilla felett oszló hepaticus villa ábrázolódott, valamint két tágult d. choledochus. A jobb oldali ág feltöltésekor a Vater-papilla felett, egy nagy méretű, beékelt követ észleltünk. Az epeelfolyás biztosítására a jobb oldali ágba is plasztik stentet helyeztünk be. Újabb műtét során choledochotomiát, köeltávolítást végeztek, majd a későbbiekben plasztik stenteket eltávolítottuk. A beteget a műtétet követő 8. napon panaszmentes állapotban a Sebészeti Osztályról emittálták. Későbbi kontrollvizsgálatok során mindvégig panaszmentes volt.

**Következtetésképp** elmondhatjuk, hogy bár egy ritka veleszületett rendellenességről van szó, fontos a korai felismerése a többszöri műtétek, invazív beavatkozások, szövődmények elkerülése végett. Nem utolsó sorban említendő, hogy a radiológiai vélelmezés mellett a képanyagok klinikus általi áttekintése is szintén nagy jelentőséggel bír. Mivel gyakori a cholelithiasis, choledocholithiasis, cholangitis, malignoma előfordulása, így a beteg utánkövetése szükséges.

## 23. ÚJ FEJLESZTÉSEK A CHOLANGIOSCOPIÁBAN - EGYSZERHASZNÁLTOS DUODENOSCOPIA

Szegedi L.<sup>1</sup>

1. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház I. Belgyógyászat

**Introduction:** A cholangioscopos vizsgálatok jelentősége egyre növekvő, ennek megfelelően fejlesztések történtek, a második generációs cholangioscop megjelenésével jobb lett a képkalkotás, hatékonyabbak lettek a kiegészítők. Az egyszerhasználatos duodenoscop megkönnyíti a cholangioscopos vizsgálatokat. Megjelent a percutan diagnosztikára is alkalmas rövidebb cholangioscop.

**Aims:** Intézetünk Endoscopos Laborjában 2017 óta használunk rendszeresen cholangioscopot indeterminált choledochus stricturák diagnosztikájában, ill. végzünk elektrohidraulikus kőtörést.

**Methods:** A vizsgálatokat 2020 óta a második generációs cholangioscoppal végezzük, ill. ebben az évben volt lehetőségünk az egyszerhasználatos duodenoscop kipróbálására cholangioscopos vizsgálat során is.

**Results:** 2017 júniusa óta 50 esetben történt cholangioscopos vizsgálat az alábbi indikációk miatt:

- 25 eset indeterminált strictura,
- 14 eset EHL kőtörés,

- 3 eset preoperatív staging,
- 2 eset choledochus polyp.

**Conclusion:** A cholangioscopos vizsgálatok rendkívül hasznosak az epeút- és hasnyálmirigy-betegségek diagnosztikájában, ill. reális alternatívát jelentenek a komplikált kövek törésével, a terápiás szegmensben is. Az eszközök folyamatosan fejlődnek, a legújabban megjelent rövid cholangioscop új lehetőségeket tartogat az epeutak percutan diagnosztikájában.

#### 24. ENDOSZKÓPOSAN NEM URALHATÓ HEVENY FELSŐ ÉS ALSÓ GASTROINTESTINALIS VÉRZŐ BETEGEK SIKERES ELLÁTÁSA A PETZ ALADÁR EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZBAN

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

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

**Bevezetés:** A heveny gastrointestinalis vérző betegek diagnosztizálásában és ellátásában az urgens endoszkópia prioritása megkérdőjelezhetetlen. Az endoszkóposan nem uralható betegek korábban nagy mortalitású akut sebészeti műtetre kerültek. Ennek alternatívája lehet az intervenció radiológia fegyvertára.

**Módszer:** A győri Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórházban 2000 óta végeznek intervenció radiológiai beavatkozásokat. Előadásunkban a 2020-2022.03. hó közötti időszakban, osztályunkon akut gastrointestinalis vérzés miatt ellátott azon betegek adatait elemeztük retrospektív módon, akik intervenció radiológiai beavatkozáson estek át az endoszkópos vérzéscsillapító módszerek eredménytelensége miatt.

**Eredmények:** 12 beteg (8 férfi: 4 nő; átlag életkor: 65 év) adatai kerültek elemzésre. 10 esetben felső gastrointestinalis vérzés (9 ulcus duodeni, 1 ulcus ventriculi) volt az ellátás indoka. Primer urgens endoszkópia minden esetben történt. Masszív, endoszkóposan uralhatatlan vérzés miatt 10/10 esetben CTA vizsgálatot követően szelektív angiográfiával spirál behelyezésével embolizációt végeztek. Ezt követően 1 esetben történt újrávérzés, a beteg műtetre került. 1 beteg újrávérzés nélkül szívelégtelenség következtében exitált. 9/10 beteg gyógyultan távozott. 2 urgens, colonoscopyra alkalmatlan masszív alsó gastrointestinalis vérző betegnél, CTA-t követően embolizáló spirál behelyezése történt. Az egyik esetben colonba penetráló pancreas tumor, a másik esetben sigma tumor volt a diagnózis. Újrávérzés nem volt, mindkét beteg emisszióra került.

**Konklúzió:** Az endoszkóposan nem uralható akut gastrointestinalis vérző betegek ellátásában a sebészeti beavatkozások mellett az intervenció radiológiai módszer sok esetben sikeres alternatíva lehet.

#### 25. HAEMOSUCCUS PANCREATICUS, AZ OBSKURUS GI VÉRZÉS RITKA OKA (ESETBEMUTATÁS)

Nyikos O.<sup>1</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Vajda Z.<sup>2</sup>

1. Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászat; 2. Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Radiológiai Osztály

**Bevezető:** A Vater papillából eredő vérzés lokális okok mellett származhat az epeutakból vagy a pancreas vezetékéből, ez utóbbit nevezzük haemosuccus pancreaticusnak. A felső tápcsatornai vérzések egyik ritka oka (1:1500). A vérzés hátterében leggyakrabban krónikus pancreatitis következtében kialakult pseudoaneurysma áll. A

vérzést intermittáló jellege miatt nem egyszerű felismerni, CT angiographia segíthet a definitív diagnózis felállításában.

**Esetismertetés:** egy 72 éves beteg esetét ismertetjük, akinek kórelőzményéből 5 évvel ezelőtt akut pancreatitis emelhető ki. A betegnél hasi panaszok miatt pár hónappal korábban ambuláns hasi CT vizsgálat történt, melyen súlyos calcifikáló pancreatitisnek megfelelő képet írtak le kiterjedt pseudocysta rendszerrel. Más intézetben expert pancreas sebész véleményezte, endoscopos drainage-t nem tartottak szükségesnek, obszervációt javasoltak. A beteg kórházunk Sürgősségi Osztályára pár napja tartó melaena miatt érkezett. Laboratóriumi leleteiben gravis microcyter anaemia és kissé emelkedett pancreas enzimszintek szerepeltek. Anaemiája miatt 8E vvt. koncentratumot kapott. Hasi USG-n cholecystolithiasist és inhomogén pancreast írtak le. Gastroscopia során a Vater papillából szivárgó vérzés észleltünk, melynek lokális okát nem láttuk. CT angiographia történt, melyen kontrasztkilépést, vérzésre utaló jelet nem véleményeztek. Tekintettel az ismert krónikus pancreatitisre, a vérzés hátterében haemosuccus pancreaticus alapos gyanúja merült fel, ezért ismételt radiológiai konzultációt kértünk. A CT angiographia korábbi képanyagát 3D rekonstrukciókkal céltartan áttekintve már jól látszódtott az a. lienalis egy 1,5 cm-es pseudoaneurysma, mely a Wirsung vezetékbe rupturált. Intervenció radiológus kolléga a szelektív angiographia során az a. lienalis adott szakaszát sikeresen mikrospirálokkal embolizálta. A beavatkozás után szövődmenyt, recidív vérzést nem észleltünk, a beteg haemostatusa azóta is rendezett.

**Összefoglalás:** A haemosuccus pancreaticus a GI vérzések kevesebb, mint 1%-ban fordul elő. A vérzés artériás jellege miatt akár életet veszélyeztető is lehet, de intermittáló dinamikája miatt a diagnózis nem mindig egyszerű. A diagnózis egyértelműen kizárólag szelektív angiographiával állítható fel, mely egyben a vérzés megszüntetésére az elsőként választandó terápiás módszer.

#### 26. IDEGENTEST ELTÁVOLÍTÁS A FELSŐ GASZTRONTESZTINÁLIS TRAKTUSBÓL – MELYIKET? MIKOR? HOGYAN?

Völgyi Z.<sup>1</sup>

1. Zala Megyei Szent Rafael Kórház, II. Belgyógyászat Osztály

Bár leggyakrabban gyerekekben, de felnőttekben is számolnunk kell szándékos idegentest nyeléssel vagy véletlen falat elakadással. Bár ezek 80-90 %-a spontán távozik, a maradék 10-20 %-ot endoscoposan kell eltávolítani, 1 %-uk pedig műtetre szorul. Az előadás az aktuális ESGE útmutató alapján vezérfonal adása arra, hogy az idegentest fajtájától, méretétől, elhelyezkedésétől függően mely esetben kell endoscopiát végezni, és ezt milyen urgenciával.

Először a diagnosztikus problémákról beszélünk, mely kommunikatív betegnél illetve nyelőcső idegentest esetén az anamézis és fizikális vizsgálat alapján egyértelmű, azonban rossz kooperációjú betegeknél (gyermekek, idősek), elsősorban a nyelőcsővön már áthaladt idegentestek esetén hívásokkal járhat.

Elsőként javasolt képpalkotó a Rtg (esetenként vízdoldékony kontrasztanyag nyeléssel) annak gyakori álnegatívításával (üveg, fa, csont) is tisztában kell azonban lenni. Perforatio gyanúja esetén CT vizsgálat ajánlott. A nyelőcsőben elakadt idegentesteket 24 órán belül ajánlatos eltávolítani, teljes obstrukció esetén ez az időablak 2-6 óra. Szintén sürgősséggel kell eltávolítani a gombelemeket illetve szűros tárgyakat. Falat elakadásnál elsősorban a "push" technika alkalmazandó, konzervatív terápia nem hatásos.

Amennyiben a gyomorban elakadt tompa idegentest 2,5 cm-nél keskenyebb és 6 cm-nél rövidebb, várhatunk a beavatkozással akár 4 hétig is. "Body" packing esetén szoros observatio és konzervatív th javasolt. Gyomorban elakadt hegyes idegentest vagy mágnes sürgős eltávolítása indokolt (24 h-b belül). A cilindrikus elemek eltávolításáról megoszlanak a vélemények, de ezek eltávolítása is javasolt a gyomorból a nekrozis megelőzése érdekében. A duodenumban elakadt 5-6 cm-es idegentest urgens eltávolítása javasolt a nagy perforációs veszély miatt. Amennyiben sikertelen az eltávolítás, elem és hegyes tárgyak esetén kórházi megfigyelés szükséges és rendszeres radiológiai kontroll. Műtét szükséges ha a veszélyes idegentestek 3 nap alatt nem távoznak illetve, ha a duodenumban elakadt idegentest nem távolítható el. Végül saját beteganyagunkból egy nem mindennapi esetet, egy szokatlan suicid kísérlet céljából lenyelt „idegentest” eltávolítását mutatjuk be.

## 27. A KÓRHÁZI FELVÉTELKOR MEGEMELKEDETT DE RITIS HÁNYADOS SZIGNIFIKÁNSAN ÖSSZEFÜGG A COVID-19 BETEGEK KÓRHÁZI MORTALITÁSÁVAL

Drácz B.<sup>1</sup>, Czompa D.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Hagymási K.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Székely H.<sup>1</sup>, Papp V.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Werling K.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Introduction:** Kórházi felvételnél a COVID-19 betegek 14-53%-nál emelkedett aszpartát-aminotranszferáz (AST), alanin-aminotranszferáz (ALT) és De Ritis hányados (AST/ALT) értékek figyelhetők meg. Azonban a megemelkedett De Ritis hányados prognosztikai értéke még ismeretlen COVID-19 fertőzésben.

**Aims:** A vizsgálat célja a COVID-19 betegek laboratóriumi eltéréseinek tanulmányozása, valamint prognosztikai értékük meghatározása a kórházi mortalitással összefüggésben.

**Methods:** Retrospektív epidemiológiai kutatást végeztünk a Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán 2020. november és 2021. március között kezelt 322 COVID-19 beteg adatainak felhasználásával. Vérvétel alapján regisztráltuk a laboratóriumi paramétereket a kórházi felvételnél és követtük őket a kórházi elbocsátásig vagy a halál időpontjáig. Bináris logisztikus regresszió és vevő működési karakterisztika modell (ROC) segítségével értékeltük a meggyógyult és elhunyt betegek kóros laborértékeinek diagnosztikus hatékonyságát, kiválasztottuk közülük a legszenzitívabb paramétert és túlélési valószínűségeiket Kaplan-Meier módszerrel hasonlítottuk össze.

**Results:** Kórházi felvételnél minden ötödik betegnél (57/322) jelentkezett gasztrointesztinális tünet. A medián életkor 66 év (IQR: 54-77), férfi / nő arány 178/144, a betegek kórházi mortalitása 11,2% (36/322) volt. 30 COVID-19 betegnek májbetegség is szerepelt az anamnézisében, közülük 20 májcirrhosis volt. A De Ritis hányados szignifikánsan alacsonyabb volt ( $p < 0,001$ ) a gyógyultak körében a COVID-19 elhunytakhoz képest (1,00 vs. 1,8), míg az AST, totál bilirubin, albumin, procalcitonin, C-reaktív protein (CRP) és az interleukin 6 (IL-6) szignifikánsan ( $p < 0,001$ ) magasabb volt a COVID-19 elhunytaknál.

A De Ritis hányados független rizikótényezőnek bizonyult a COVID-19 kórházi mortalitása szempontjából (OR: 29,967; 95% CI: 5,266-170,514). ROC görbe alapján a De Ritis hányados AUC értéke 0,85 (95% CI: 0,777-0,923;  $p < 0,05$ ), szenzitivitása 80,6% és specificitása 75,2% volt. A De Ritis hányados  $\geq 1,218$  értéknél a kórházi mortalitás, az AST és

az IL-6 szignifikánsan magasabb, míg az ALT szignifikánsan alacsonyabb ( $p < 0,05$ ) volt.

**Conclusion:** A kórházi felvételnél megemelkedett De Ritis hányados szignifikánsan összefügg a COVID-19 betegek kórházi mortalitásával. A De Ritis hányados  $\geq 1,218$  betegekben szignifikánsan gyakrabban ( $p < 0,05$ ) alakult ki citokinvihar szindróma.

## 28. ISLET DAMAGE AND REGENERATION IN A MOUSE MODEL OF CHRONIC PANCREATITIS

Ébert A.<sup>1</sup>, Gajdos T.<sup>2</sup>, Erdélyi M.<sup>2</sup>, Molnár R.<sup>3</sup>, Kelemen D.<sup>5</sup>, Hegyi P.<sup>3,4,6</sup>, Venglovecz V.<sup>1</sup>

1. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Department of Optics and Quantum Electronics, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. MTA-SZTE Momentum Translational Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Department of Surgery, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Institute for Translational Medicine/1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary

**Introduction:** It has previously been suggested that the development of pancreatogenic diabetes occurs partly because of dedifferentiation or transdifferentiation of endocrine cells and a shift in the beta-cell profile of islets.

**Aims:** In this study we aim to investigate the role of the cystic fibrosis conductance regulator (CFTR) chloride channel in beta-cell regeneration in a mouse model of chronic pancreatitis.

**Methods:** Chronic pancreatitis was induced in FVB/N mice by administration of cerulein. Following completion of disease development, we performed ip. glucose tolerance tests (GTT) and ELISA. Freshly dissected pancreatic tissues were either fixed in paraformaldehyde for pathology or digested enzymatically for isolation of islets. Islets were dispersed and the cells were stained for CFTR and insulin and imaged with direct stochastic optical reconstruction microscopy.

**Results:** GTT after four weeks of disease development shows decreased glucose tolerance and decreased, elongated insulin response to glucose load. The expression of CFTR in beta-cells is decreased after two weeks of disease development, but exceeds the control in the third week, proceeding the increased glucose intolerance.

**Conclusion:** Our results suggest that CFTR expression may be a marker of beta-cell differentiation, however, conformation is needed by investigation of other markers. Supported by: CFRD-SRC Grant (No.: SRC007) and ÚNKP-21-3-II New National Excellence Program of the Ministry for Innovation and Technology from the source of the National Technology and Innovation Fund.

## 29. PROBIOTIC SUPPLEMENTATION DURING ANTIBIOTIC THERAPY MODULATES THE DIVERSITY OF GUT MICROBIOME – A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Éliás A.<sup>1,2</sup>, Földvári-Nagy L.<sup>1,3</sup>, Simon V.<sup>1</sup>, Schnabel T.<sup>10</sup>, Patóni C.<sup>1,6</sup>, Demeter D.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1,9</sup>, Bunduc S.<sup>1,5,6,7</sup>, Erőss B.<sup>1,4,5</sup>, Hegyi P.<sup>1,4,5,8</sup>, Lenti K.<sup>1,3</sup>

1. Center for Translational Medicine, Semmelweis University; 2. Doctoral School of Health Sciences, Semmelweis University; 3. Department of Morphology and Physiology, Faculty of Health Sciences, Semmelweis University; 4. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 5. Division of Pancreatic Diseases, Heart

and Vascular Center, Semmelweis University; 6. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy; 7. Fundeni Clinical Institute, Bucharest; 8. János Szentágothai Research Center, University of Pécs; 9. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University; 10. ÉKC New Saint John's Hospital, Budapest

**Introduction:** Antibiotics are among the main causes of low-diversity dysbiosis. Probiotics are used to prevent dysbiosis, however the effects of concurrent probiotic supplementation on fecal microbiota composition during antibiotic therapy has not been well established.

**Aims:** We aimed to assess the effect of concurrent probiotic supplementation on intestinal microbiota diversity in patients treated with antibiotics.

**Methods:** We performed a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials reporting on the differences in gut microbiome diversity between patients under antibiotherapy who receive concomitant probiotic supplementation (intervention group) and those who receive antibiotics alone (control group). The systematic search was performed on 15 October 2021 through Medline, Embase and CENTRAL databases without filters. The study protocol was registered on PROSPERO (CRD42021282983). The random-effects model estimated pooled mean differences (MD) and 95% confidence intervals.

**Results:** Out of 11767 articles, we included 15 in the systematic review and 4 in the meta-analysis. Antibiotics indication and posology, probiotics strains, treatment durations, moment of sampling and the method for microbiome diversity evaluation varied across the studies. The Shannon diversity index was significantly higher in the intervention group by comparison with the control group when assessed immediately after antibiotherapy (MD=0.33, 95%CI [0.00; 0.66], I<sup>2</sup>=66% [2%; 89%]). Penury of data prevented us from meta-analyzing other diversity indices.  $\alpha$ - and  $\beta$ -diversity indices are reported as either higher in the intervention group or not significantly different between the groups. Although the affected phyla and genera tend to be similar after the antibiotic treatment between the two groups, the level of changes are larger in the control than in the intervention group. However, these changes are restored to levels similar to baseline in both groups after 3-8 weeks of follow-up.

**Conclusion:** Our results suggest that probiotic supplementation during antibiotherapy might be able to maintain a more diverse microbiome and reduce the level of changes in the intestinal flora composition, yet the evidence is limited. Standardization of methods for microbiome diversity measurement and definition of its optimal value will allow future studies generating more homogenous data with increased clinical relevance.

### 30. CRYOGLOBULINAEMIA JELENTŐSÉGE KRÓNIKUS C VÍRUS HEPATITIS MIATT GONDOZOTT BETEGEINK KÖRÉBEN

Élthes Z.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>1</sup>, Papp M.<sup>1</sup>, Palatka K.<sup>1</sup>, Tornai T.<sup>2</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>

1. Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gasztroenterológia Klinika; 2. Semmelweis Egyetem Városmajori Szív-és Érgyógyászati Klinika Pancreas Betegségek Részlege

**Introduction:** Krónikus HCV fertőzésben gyakran találkozhatunk olyan extraintestinalis manifesztációval, mint a cryoglobulinaemia. Laborban kimutatható cryoglobulin szint és bizonyos tünetek jelenléte esetén kevert cryoglobulinaemiáról van szó.

**Aims:** Annak meghatározása, hogy a HCV-s betegek körében a sikeres antivirális kezelést követően hogyan változik a cryoglobulin szint, ezzel párhuzamosan a manifeszt esetekben hogyan alakulnak a tünetek.

**Methods:** Összesen 106 krónikus HCV-vel sikeresen kezelt beteget vizsgáltunk. Esetükben ellenőriztük a cryoglobulin jelenlétét, pozitív esetén a cryoglobulin típusát, kevert cryoglobulinaemia jelenlétét, továbbá ellenőriztük a complement 4 (C4) szintjét, valamint meghatároztuk a fibrosis stádiumát mind a kezelés előtt és azt követően.

**Results:** 35 betegnél találtunk kimutatható cryoglobulin szintet (60%-ban II típusú, 40 %-ban III típusú cryoglobulin volt látható), közülük 19 esetben (54,28%) láttunk kevert cryoglobulinaemiát. Két betegnél (5,71%) NHL is igazolódott. Az antivirális kezelés befejezése után 6 havonta ellenőriztük betegeink cryoglobulin szintjét. Egy évvel a kezelés vége után 20 betegben (57,14%) már nem volt kimutatható cryoglobulin. A követési idő alatt (10 év) pedig további 6 betegben (17,14 %) tűnt el a cryoglobulin.

Négy beteg (11,42%) a tartós kevert cryoglobulinaemia miatt rituximab vagy azathyoprin kezelésben részesült, közülük eddig ketten gyógyultak meg.

A C4 szint a negatívvá vált betegek közül 11 esetben (42,3 %) emelkedett a normál tartományba (0,1 g/L fölé). A tartósan cryoglobulin pozitív betegekben is általában emelkedést figyeltünk meg.

Az antivirális kezelést követően 21/35 beteg (60%) fibrosis jelentősen csökkent. A fibrosis változása nem mutatott összefüggést a cryoglobulin szint változásával.

**Conclusion:** Az SVR-t elérő betegek kb. felében várható a kezelés befejezése utáni évben a cryoglobulinaemia eltűnése, ugyanakkor hosszas utánpótlás során további betegek válhatnak negatívvá, akár további kezelés nélkül is. A cryoglobulin jelenléte önmagában nem befolyásolja a fibrosis alakulását. A cryoglobulinaemia jelentőségét a hosszú távú szövödmények lehetősége támasztja alá.

### 31. DIAGNOSTIC ADEQUACY OF NEEDLES USED IN EUS-GUIDED TISSUE ACQUISITION OF SOLID PANCREATIC MASSES – A SYSTEMATIC REVIEW AND NETWORK META-ANALYSIS

Engh M.<sup>1</sup>, Teutsch B.<sup>1,2</sup>, Rancz A.<sup>1</sup>, Frim L.<sup>2</sup>, Váncsa S.<sup>1,2,3</sup>, Márta K.<sup>1,3</sup>, Veres D.<sup>1,4</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 3. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** Several needle designs are available in different sizes for endoscopic ultrasound (EUS)-guided tissue acquisition (TA) of solid pancreatic masses, and they offer different efficacy and safety profiles. No clear guidelines exist for the choice of needle for TA in this context.

**Aims:** We aimed to compare the needles regarding efficacy (diagnostic adequacy, technical failures) and safety (adverse effects), and to create a ranking of all available needle types through network meta-analysis.

**Methods:** This review was registered in PROSPERO (CRD42021284755). Randomized controlled trials, comparing at least two needles of a specified gauge for TA of solid pancreatic masses, were eligible for inclusion. MEDLINE (via PubMed), CENTRAL, Embase, Web of Science and Scopus were searched on October 15th, 2021, without filters or restrictions. Odds ratios were calculated, a random effects model applied and the P-score (0 to 1) was

calculated to rank the needles. The risk of bias was assessed using the Cochrane Risk of Bias tool (RoB2).

**Results:** 3665 records were identified, and 35 were finally included for analysis. For the outcome of histological adequacy, the 25G (P-score: 0.748) and 22G (0.746) Fork-tip performed best, the 25G (0.279) and 22G (0.264) Menghini worst. For the outcome of cytological adequacy, the best performing needles were the 22G Fork-tip (0.814) and 25G reverse-bevel (0.767), and worst were the 22G reverse-bevel (0.332) and 22G Menghini (0.175). For adverse events, the 25G reverse-bevel (0.797) and 20G forward-bevel (0.689) performed best, the 22G Franseen (0.319) and 19G Menghini (0.228) worst. For technical failures, the best performing needles were the 25G (0.845) and 22G (0.742) Franseen; the worst were the 22G (0.199) reverse-bevel and 19G (0.060) Menghini needles.

**Conclusion:** Based on our results, fork-tip needles can be recommended for their higher diagnostic adequacy but with a slightly increased risk of adverse events. Menghini needles performed worst for nearly all outcomes. Limitations of the review are large uncertainties due to low event numbers for adverse events and technical failures and a small number of direct comparisons.

### 32. RATE OF GASTROINTESTINAL BLEEDING AMONG ACUTE PANCREATITIS PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Engh M.<sup>1</sup>, Frim L.<sup>2</sup>, Veres D.<sup>1,4</sup>, Szakó L.<sup>2</sup>, Vörhendi N.<sup>2</sup>, Csiki E.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 3. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** Gastrointestinal bleeding is a complication of pancreatitis, affecting clinical outcome, increasing severity and mortality rates.

**Aims:** The aim of this study was to perform a systematic review and meta-analysis of the rate of gastrointestinal bleeding in pancreatitis patients, including sources of bleeding.

**Methods:** A systematic search was performed of PubMed, Embase and Cochrane Library until March 2021. Studies of (1) adult pancreatitis patients (2) reporting the number of patients suffering from gastrointestinal bleeding and (3) reporting the total number of pancreatitis patients were included. Selection, data extraction and risk assessment were done in parallel by two independent investigators, with level of agreement for selection measured by Cohen's kappa. A pooled event rate was calculated for gastrointestinal bleeding with 95% confidence intervals (CI). Separate analyses were performed on the rates of gastrointestinal bleeding in severe acute pancreatitis (SAP), of variceal bleeding following splenic vein thrombosis, and of pseudoaneurysmal bleeding. Statistical heterogeneity was analyzed using the  $I^2$  and  $\chi^2$  tests where possible. Risk assessment was done according to the Newcastle Ottawa scale for cohort studies, and a specially adapted tool for case-series.

**Results:** 11,363 records were found, of which 22 studies (121,057 patients) fulfilled the selection criteria. Some studies covered the same population and were combined. The Cohen's kappa for title, abstract, and fulltext selection showed moderate, almost perfect, and substantial agreement, respectively. Eight included studies were given a

risk level of "low", nine a level of "moderate" and three were judged to have a "high" level of risk. The rate of gastrointestinal bleeding was 4% (CI: 2%—6%). Comparing the studies including patients before versus after the Atlanta Classification showed no significant difference. The rate of pseudoaneurysmal bleeding (6 studies) was 0.4% (CI: 0.1%—1.4%). The rate of variceal bleeding (5 studies) was 0.2% (CI: 0%—1.2%). The rate of gastrointestinal bleeding in SAP (6 studies) was 16% (CI: 13%—18%). The  $I^2$  test showed significant heterogeneity in the analysis of GIB overall.

**Conclusion:** Gastrointestinal bleeding is a common complication of pancreatitis. Pseudoaneurysmal and variceal bleedings are rare. GI bleeding is a frequent complication in SAP that deserves further attention.

### 33. EFFICACY OF SEQUENTIAL TREATMENT IN ANTI-TNF REFRACTORY ULCERATIVE COLITIS

Farkas B.<sup>1</sup>, Oláh P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fábíán A.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>  
1. Department of Internal Medicine, University of Szeged

**Introduction, aim:** The development of anti-TNF agents has brought major advances in the treatment of inflammatory bowel disease, including ulcerative colitis (UC), especially for patients refractory to corticosteroid or immunomodulatory therapy. However, significant proportion of patients do not respond favorably to biologic therapy due to primary ineffectiveness or secondary loss of efficacy, which may require the use of second-, third- or even fourth-line agents. In our study, we aimed to evaluate and compare the efficacy and colectomy-free survival rates of second-, third-, or fourth-line biological and targeted therapies in UC patients who do not respond or show loss of efficacy to anti-TNF therapy. We also aimed to identify factors that may predict the need for colectomy in UC.

**Methods:** In this retrospective study, we included UC patients, treated at the Department of Internal Medicine, who underwent rescue therapy due to steroid-refractory and first-line anti-TNF-resistant bowel disease. The efficacy of the different agents was assessed by comparing endoscopic and/or clinical scoring systems and laboratory markers. In addition to detailed demographic data and clinical characteristics, the type of therapy used in different lines, duration of treatment, response to therapy and reasons for treatment discontinuation were also recorded.

**Results:** Preliminary data from 48 patients have been analysed and the study is currently being extended to a larger patient population. The mean age of the patients was 38 ( $\pm 10.9$ ) years, while the mean duration of disease was 11.9 ( $\pm 6.3$ ) years. The most frequently used first-line biologic was infliximab (95.8%), which was discontinued an average of 22.6 ( $\pm 29.5$ ) months after initiation, predominantly due to loss of response (LOR; 64.6%). In the second-line setting, vedolizumab was used in almost half of the cases (47.9%) and adalimumab in 37.5%. On average, it took 14 months before the treatment was stopped – mostly due to LOR (37.5%). In the third line, the drugs of choice were mainly vedolizumab (50%) and tofacitinib (38.8%), with an average of 7.3 months until discontinuation, which was mostly due to LOR (33.3%). In the fourth line of treatment, 75% of patients received tofacitinib therapy and 62.5% are still receiving it. Time to discontinuation was the shortest in this line (5.5 months), and primary ineffectiveness was more of a problem than loss of efficacy (25% vs. 12.5%). There were 7 cases of colectomy in this trial, mainly for extensive UC. There was also a significant correlation between low albumin levels and expected surgical intervention ( $p=0.015$ ), and the data also

showed some correlation between low serum iron and colectomy ( $p=0.09$ ). In contrast, the clinical and laboratory parameters (albumin, serum iron, haemoglobin, platelet count, C-reactive protein) were not shown to be significant in predicting the success of the lines of therapy.

**Conclusion:** Preliminary results suggest that treatment efficacy varies between the different lines of therapy and on average, first-line agents have a longer-lasting and greater efficacy than later-lines biologicals or small molecule drugs. This was thought to be due to the deterioration in patients' condition, however, no significant correlation has been detected so far between clinical and/or laboratory parameters and the efficacy of therapies. At the same time, disease extension and serum albumin and iron levels may be predictive factors of the need for surgery.

#### 34. A NEW PATIENT POSITIONING METHOD FOR IMPROVING DISTAL ESOPHAGEAL MUCOSAL AND Z-LINE VISIBILITY DURING MAGNETICALLY CONTROLLED CAPSULE ENDOSCOPY (MCCE)- OUR FIRST EXPERIENCES

Finta A.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Lovasz B.<sup>2,3</sup>, Oczella L.<sup>1</sup>, Helle K.<sup>4</sup>, Rosztoczy A.<sup>4</sup>, Madacsy L.<sup>1</sup>

1. Endo-Kapszula Endoscopy Unit, Szekesfehervar, Hungary; 2. Institute of Applied Health Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Background & aim:** Magnetically controlled capsule endoscopy (MCCE) provides an excellent chance for non-invasive upper gastrointestinal tract screening. Improvements in patient posture may extend the capsule endoscope's oesophageal transit time and hence improve the sensitivity and specificity of the oesophageal MCCE investigation. The purpose of this study was to examine the visibility of the oesophagus (particularly the Z-line) using various capsule swallowing techniques.

**Methods:** We enrolled 60 patients between August and November 2021, scheduled for small bowel capsule endoscopy with Ankon MCCE in this trial. In 30 patients (group A: 42 years; 53% female) the capsules were swallowed at left lateral decubitus position at about 45% above the horizontal plane of the upper body, while the ball magnet was positioned on the back of the patient at the level of the diaphragm with the adjustment of the magnetic field vector vertical angle -90 and horizontal angle +90. After swallowing the capsules, they remained in this position. In comparison, 30 patients (group B: 43 years; 47% females) swallowed the capsules in the same manner but were instructed to quickly turn on their backs (supine position) after the capsule passed their pharynx. After that, the outer magnet was placed above their chests.

**Results:** The oesophageal transit time and mean number of oesophageal images were significantly different in group A compared to group B: 24+25 vs. 82+105 seconds and 120+143 vs. 423+507 images, respectively. We also observed substantial differences in the partial and the total circumferential visibility of the Z line : 36 vs 90% (partial visibility) and 23 vs 73% (total circumferential visibility) , respectively.

**Conclusion:** Our innovative technique considerably increases the diagnostic accuracy of capsule endoscopy in the distal oesophagus. Additional randomized trials with a larger sample size compared to upper GI endoscopy are required to corroborate our findings.

#### 35. PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IMPROVE OUTCOMES IN INFLAMMATORY DIGESTIVE SYSTEM DISEASES. A META-ANALYSIS

Fogarasi B.<sup>1</sup>, Teutsch B.<sup>1</sup>, Tari E.<sup>1</sup>, Szabó L.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Erőss B.<sup>1</sup>, Juhász M.<sup>2,3</sup>, Ocskay K.<sup>1</sup>, Bognár A.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>

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

**Introduction:** Inflammatory digestive system diseases can have a severe effect on the physical and mental health of the patients. Moreover, psychosocial factors can modify the behaviour linked to disease and influence treatment.

**Aims:** The aim of our systematic review and meta-analysis is to evaluate the efficacy and safety of psychological interventions in patients suffering from inflammatory digestive system diseases.

**Methods:** The systematic search was conducted in three major databases (MEDLINE, CENTRAL, EMBASE) for various psychological interventions applied for all digestive system diseases. Only randomized controlled trials were eligible. Anxiety and depression were assessed right after the last intervention provided to the patients. Due to the differences in the questionnaires used, the Hegde's g method was used to calculate the pooled effect size with 95% confidence interval (CI). Subgroup analysis was conducted for diseases assessed by at least 3 studies. Our protocol was prospectively registered on PROSPERO (CRD42021282965).

**Results:** The systematic search yielded a total of 13212 articles, resulting in 60 eligible RCTs for the qualitative synthesis. 39 studies were conducted in patients with inflammatory bowel disease (IBD). Further studies included patients with gastroesophageal reflux disease, peptic ulcer, hepatitis, cirrhosis, pancreatitis and cystic fibrosis. Interventions included Cognitive Behavioral Therapy, Psychotherapy, Hypnosis, stress reduction, psychoeducation and psychological nursing. Psychological interventions proved to have a medium to large effect on depressive symptoms measured at the end of the intervention ( $g = -0.68$ ; CI: 1.11 to -0.25);  $I^2 = 91%$ ; CI: 89%-94%), while in the IBD subgroup a small to medium effect was observed ( $-0.40$ ; CI: -0.78 to -0.02). Symptoms of anxiety were also significantly reduced; in overall a large effect was seen ( $g = -0.86$ ; CI: -1.29 to -0.42), while in the IBD subgroup a small to medium effect was detected ( $-0.36$ ; CI: -0.60 to -0.12).

**Conclusion:** Psychological interventions effectively reduce depressive symptoms and anxiety in inflammatory digestive system disease and are effective in IBD patients. Further studies are needed to assess the efficacy of certain psychological interventions in all gastroenterological inflammatory diseases for more detailed recommendations.

#### 36. THE INCIDENCE OF RECURRENT ACUTE PANCREATITIS AND CHRONIC PANCREATITIS AFTER ACUTE PANCREATITIS. A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.

Gagyi E.<sup>1,2</sup>, Teutsch B.<sup>1,3</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Pálincás D.<sup>1,4</sup>, Vörhendi N.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>1,3,5</sup>, Erőss B.<sup>1,3,5</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Selye János Doctoral College for Advanced Studies, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Military Hospital – State Health Centre, Budapest, Hungary;

5. 5. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** The incidence of AP ranges from 15 to 45 per 100,000 per year. Its continued recurrence can lead to chronic pancreatitis, which is currently an incurable disease. However, the incidence of RAP after first AP and CP after AP is still unknown.

**Aims:** Our systematic review and meta-analysis aimed to assess the incidence of RAP after first AP and the incidence of CP after different episodes of AP.

**Methods:** Our protocol was prospectively registered on PROSPERO (CRD42021283252). The systematic search was conducted in three major databases (MEDLINE, CENTRAL, EMBASE) on the 18th of October, 2021. All articles that reported on the follow-up of patients diagnosed with acute pancreatitis (defined by the Revised Atlanta Classification) were eligible. Our outcomes, the incidence of RAP and CP was assessed after the first episode of AP, while CP was evaluated after one RAP episode as well. A random-effect model was used to calculate the pooled incidence rates with 95% confidence intervals (CI). Heterogeneity was analyzed with the  $I^2$  and the Cochrane Q tests. The risk of bias assessment was carried out with the Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tool.

**Results:** Out of the 9382 articles, 18 were eligible for the quantitative synthesis. The incidence rate of RAP in patients after the first episode of AP was 0.044 person-year (CI: 0.031 to 0.061;  $I^2=91%$ , CI:0.879 - 0.942). The incidence rate of CP after the first episode of AP was 0.014 person-year (CI: 0.009 to 0.021;  $I^2=82%$ , CI:0.535 - 0.93) while after the first RAP was 0.034 person-year (CI: 0.026 to 0.045,  $I^2=57%$ , CI:0 - 0.88) The risk of bias was low in the majority of the included studies.

**Conclusion:** Acute pancreatitis progression affects a high proportion of patients. While RAP can develop in the first year in around 3-6% and CP in 0.9-2.1% of patients after the first episode of AP, the risk of CP is even higher, 2.6-4.5%, when the patient already suffered from a RAP episode.

### 37. THE EFFECT OF BILE ON PANCREATIC CANCER, THE IMPORTANCE OF MUCINS

Gál E.<sup>1</sup>, Veréb Z.<sup>2</sup>, Rakk D.<sup>4</sup>, Szekeres A.<sup>4</sup>, Becskeházi E.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>3</sup>, Czákó L.<sup>5</sup>, Takács T.<sup>5</sup>, Hegyi P.<sup>6,7</sup>, Venglovecz V.<sup>1</sup>

1. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged; 2. Regenerative Medicine and Cellular Pharmacology Research Laboratory, Department of Dermatology and Allergology; 3. Department of Pathology, University of Szeged; 4. Department of Microbiology, University of Szeged; 5. First Department of Medicine, University of Szeged; 6. Institute for Translational Medicine, Medical School, Szentágotthai Research Centre, University of Pécs; 7. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs

**Introduction:** Pancreatic cancer (PC) is one of the leading causes of death worldwide and is usually associated with obstructive jaundice (OJ). There is no clear consensus on whether biliary decompression should be performed prior to surgery and how high levels of serum bile affects the outcome of PC.

**Aims:** Therefore, our aim was to characterise the effect of BAs on carcinogenic processes using a pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) cell line and to investigate the underlying mechanisms.

**Methods:** Liquid chromatography-mass spectrometry was used to determine the serum concentrations of Basin human

serums. The effects of BAs on tumour progression were investigated using different assays. Mucin expressions were studied in normal and PDAC cell lines and in human samples at gene and protein levels and results were validated with gene silencing.

**Results:** The levels of BAs were significantly higher in the PDAC+OJ group compared to the healthy control. Treating PDAC cells with different BAs or with human serum obtained from PDAC+OJ patients enhanced the rate of proliferation, migration, adhesion, colony forming, and the expression of MUC4. In PDAC+OJ patients, MUC4 expression was higher and the 4-year survival rate was lower compare to PDAC patients. Silencing of MUC4 decreased BAs-induced carcinogenic processes in PDAC cells. Our results show that BAs promote carcinogenic process in PDAC cells, in which the increased expression of MUC4 plays an important role.

**Conclusion:** These results indicate that in PC patients, where the disease is associated with OJ, the early treatment of biliary obstruction improves life expectancy.

### 38. EZ MÁR AZ ELYSIUM?

Gárdonyi M.<sup>1</sup>, Hunyady B.<sup>1</sup>, Haragh A.<sup>1</sup>, Kovács Z.<sup>1</sup>, Kozma B.<sup>1</sup>, Magyarosi D.<sup>1</sup>, Graffits É.<sup>2</sup>, Krápeczné Decsi G.<sup>1</sup>, Gscheidt H.<sup>1</sup>, Némethné Budai É.<sup>1</sup>, Vuncs A.<sup>1</sup>, Kónya Z.<sup>1</sup>, Matics A.<sup>1</sup>

1. Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Gasztroenterológia, Endoscopos Labor; 2. Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Belgyógyászati Osztály

A sikeres endoscopos beavatkozások alapfeltétele a jól képzett asszisztencia, a kifogástalan működésű és felbontású endoscop, valamint a megfelelően kialakított és jól felszerelt vizsgálóhelyiség. Elengedhetetlenek a diagnosztikai és terápiás kiegészítő lehetőségek, a zökkenőmentes előjegyzési és betegirányítási rendszer, a naprakész informatikai adatbázis, pathológiai és sebészeti háttér. Ezek nélkül a tényezők nélkül inkább el se kezdünk vizsgálni. A szerzők előadásukban a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Endoscopos Laboratóriumának 15 éves fejlődését mutatják be, ahol ezen idő alatt nagymértékű humánpolitikai fejlesztés, eszköz beszerzés és infrastrukturális változások történtek, melyek szerintük a fentebb idézett feltételeknek minden szempontból megfelelnek, néhány esetben követendő példának is tartják. Az előadás statisztikai és képi anyag felhasználásával bemutatja a laborban végzett szakmai munkát, az alkalmazott endoscopos beavatkozások és eljárások módszereit, valamint beszámol az elért eredményekről.

### 39. AMPULLARIS NEOPLASIAK KEZELÉSE – KIÉ A BETEG?

Gellért B.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Péter Z.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Dudás I.<sup>2</sup>, Benke M.<sup>1</sup>, Marjai T.<sup>1</sup>, Szűcs Á.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Orvosi Képzőközpont

**Introduction:** a Vater papilla térfoglalásai ritkák, incidenciájuk kevesebb, mint 1:100.000 lakos/év, ennek ellenére az endoszkópia fejlődésével egyre gyakrabban kerülnek felismerésre. Az endoszkópos papillectomia gyakoribbá válásával a sebészeti beavatkozások száma csökkenő tendenciát mutat. A papillectomia indikációját a 3 cm-nél kisebb, intraductalis terjedést nem mutató adenoma képezi, mely jól körül határolt esetben kiterjeszthető az in situ ampullaris carcinomára is.

**Aims:** az endoszkópos és sebészeti intervenció közötti mérlegelés számos esetben komoly szakmai dilemmát jelent és gyakran egyedi mérlegelést igényel. Egy klinikailag

releváns, terápiás döntéshozatali nehézséget bemutató esetünk kapcsán erre a kérdéskörre szeretnénk ráirányítani a figyelmet.

**Methods:** 61 éves férfi beteg anamnéziséből 2018 májusában acut pancreatitis, majd májtályog miatti hospitalizációk emelendők ki. 2021 decemberében bizonytalan etiológiájú obstrukciós icterus, acut cholangitis, cholecystitis miatt újfent kórházban kezelték. Kóreredet kiderítésére kivizsgálások kezdődtek.

**Results:** 2022 januárban végzett hasi komputer tomográfias vizsgálaton epeúti tágulatot okozó duodenum polypus lehetősége merült fel. Duodenoscopy során a Vater papilla polypoid elváltozása került leírásra, biopsia mucosalis low grade neoplasiat igazolt. Endoszkópos ultrahang (EUS) vizsgálat során extrahepatikus epeúttágulat, és a papilla magasságában egy 23 mm-es echoszegény, inhomogén, vaszkularizált, részben jól körülírt, de a közös epevezeték felé terjedő terime ábrázolódt. Pancreas multidiszciplináris munkacsoport endoszkópos intervenciót javasolt. Ennek alapján endoszkópos papillectomiát végeztünk, melynek során teljes ampullectomiára került sor, majd endoszkópos retrográd cholangio-pancreatographia során cholangiographiával, és ballonos áthúzást követően makroszkóposan is epeúti propagáció igazolódt. Innen vett szövettani mintavétel újfent low grade displasiat mutató adenomát véleményezett.

**Conclusion:** az ampullaris kiindulású daganatok esetében a 20 mm-t meghaladó intraductalis terjedés vagy 4 cm-nél nagyobb átmérőjű laesio - benignus szövettani eredmény mellett is - műtéti indikációt jelent (ESGE 2021 ajánlás). Az EUS vizsgálat technikai nehézségei és limitált elérhetősége, a hasi képalkotó vizsgálatok képfelbontási korlátai, illetve a képalkotó vizsgálatok és a terápiás beavatkozás között eltelt látencia miatt, az említett paraméterek értékelése nehézségekbe ütközhet. Esetünkben a fentiekben részletezett vizsgálatok során észlelt elváltozások alapján az R0 rezekcióhoz a minimálisan invazív (endoszkópos) papillectomia tűnt megfelelőnek, de végül ezt csak a sebészeti megoldás nyújthatja. A Vater papilla adenoma, illetve az in situ carcinoma kezelésében szóba jövő endoszkópos és sebészi megoldások közötti helyes döntéshozatal ritka kihívást jelent, amelyhez jelenleg nem állnak rendelkezésre jól megtervezett, prospektív klinikai vizsgálatok. Emiatt ezen betegek kezelése kiemelt centrum kórházban, pancreato-biliaris betegségek kivizsgálására és ellátására specializálódott sebész, gasztroenterológus és radiológus bevonásával kell, hogy történjen. A mérlegelésekor gasztroenterológiai, radiológiai és hisztológiai módszerek együttes értékelésére kell támaszkodnunk.

#### 40. ENDOSCOPIC PAPILLECTOMY FOR AMPULLARY ADENOMA: ARE WE GOOD ENOUGH?

Gieszinger G.<sup>1</sup>, Tajti M.<sup>1</sup>, Karamya Z.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>

1. Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Endoscopic papillectomy is a procedure for the resection of benign ampullary neoplasms. Benign neoplasms could turn into malign tumors, so all neoplasms should be resected. The aim of this study was to evaluate the outcome of endoscopic papillectomy performed for ampullary tumors at a single center.

**Methods:** Patients who went through endoscopic papillectomy from May 1998 to May 2021 in a single center were reviewed retrospectively.

**Results:** In total 22 patients (10 men and 12 women) were treated by endoscopic papillectomy, but in the case of 5

patients repapillectomies were required, so in total 30 papillectomies occurred. The average age of patients was 64,5±29 years (range, 20-81 years). The size of adenomas ranged from 2x4 mm to 23x20 mm. Complete resection was performed in 15 patients (68%). 6 patients (27%) had biliary stenting, also 6 (27%) had pancreatic stenting. Complications occurred in 3 patients (14%): bleeding (2 cases); mild pancreatitis (1 case). The mean length of hospital stay was 5 days (2-12 days). Histology of resected specimens was as follows: 23% low grade dysplasia, 14% high grade dysplasia, 9% adenocarcinoma, 36% no dysplasia were found. The concordance rate between the preoperative endoscopic biopsy and the resected specimen was 39% (7/18). Surgery was performed in case of 3 patients. The relapse rate was 37% (7/19) during the 387 days (range, 5-1320 days) follow up.

**Conclusion:** Endoscopic papillectomy is an effective treatment for adenomas of the major duodenal papilla. More consistent follow up of the recent guidelines and patients after papillectomy is required.

#### 41. A KRITIKUS ÁLLAPOTÚ GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZŐ BETEGEK ELLÁTÁSA OSZTÁLYUNKON. MIÉRT MAGASABB A MORTALITÁS A FÉRFIAK KÖZÖTT?

Golovics P.<sup>1</sup>, Horváth I.<sup>1</sup>, Schafer E.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, András P.<sup>1</sup>, Rényi T.<sup>1</sup>, Varsányi M.<sup>1</sup>, Ruzsnyák K.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Gasztroenterológiai Osztály

**Introduction:** A gasztrointesztinális (GI) vérzés a leggyakoribb gasztroenterológiai vészhelyzet. A felső GI rendszerből származó vérzés kb. 50%-ban pepticus fekélyből ered és a varix eredetű vérzés 5-20%. Az alsó GI vérzés leggyakoribb kórházi ellátást igénylő vérzése a divertikulumokból származik.

**Aims:** A kutatásunk célja az volt, hogy az osztályunk szubintenzív osztályán ellátott gasztrointesztinális vérző betegek epidemiológiai adatait összegyűjtsük, a kezelésüket kiértékeljük, retrospektív módon.

**Methods:** . Az osztályunk őrző részlegén 2019.01.01 és 2019.12.31 között fekvő betegek adatait gyűjtöttük össze a kórház informatikai rendszerén keresztül, valamint a lázlapokat átnézve. A keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálatunk során a gyűjtött adatokat leíró statisztikai elemzésnek, független mintás t- próbának és Pearson-féle Chi négyzet próbának vetettük alá.

**Results:** Összesen 126 beteget kezeltünk az őrző részlegünkben GI vérzés miatt. A betegek 61,9%-a férfi volt. A betegek átlag életkora 68,9 év volt (SD:13,4). Az őrző részlegünkön kezelt betegek 79,3% volt kezelve felső, 11,1% alsó és 3,1% vékonybél vérzés miatt. A betegek 97,6%-ban legalább 1 társbetegséggel rendelkeztek. A betegek 49,2%-a szedett rizikógyógyszert. A gasztroszkópia során 16,6%-ban varix eredetű nyelőcső vérzés, míg 23,8%-ban duodenum fekély és 12,6%-ban gyomorfekély volt a vérzés oka. Az alsó gasztrointesztinális vérzés többnyire divertikulumból származott. A betegek 78,5%-ban szorultak transfúzióra. Összességében a bennfekvés során a halálozási arány 11,1% volt.

Statisztikai összehasonlítást követően a halálozás tekintetében a férfi nem (p<0,001), a transfúziós igény (p<0,001) és a rizikó gyógyszer (p<0,005) szedésének szükségessége mutatkoztak független rizikó tényezőknél, azonban a vérzés helyével nem mutatott szignifikáns összefüggést (p=0,499).

**Conclusion:** Az őrző részlegünkön kezelt, társbetegségekkel rendelkező és rizikó gyógyszereket szedő



alsó és felső gasztrointesztinális vérző betegek, legfőbb halálozási rizikó tényezői a férfi nem, a transzfúziós igény és a rizikó gyógyszer szedése.

#### 42. EVOLUTION OF DISEASE PHENOTYPE, TREATMENT STRATEGY AND SURGICAL OUTCOMES IN INCIDENT CROHN'S DISEASE PATIENTS BETWEEN 2007-2018 - CONTINUATION OF THE VESZPREM IBD POPULATION-BASED COHORT

Gonczi L.<sup>1</sup>, Lakatos L.<sup>2</sup>, Golovics P.<sup>3</sup>, Pandur T.<sup>4</sup>, David G.<sup>2</sup>, Erdélyi Z.<sup>2</sup>, Szita I.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>5</sup>

1. Department of Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Gastroenterology, Ferenc Csolnoky Hospital, Veszprem, Hungary; 3. Department of Gastroenterology, Hungarian Defence Forces-Medical Centre, Budapest, Hungary; 4. Department of Gastroenterology, Grof Esterhazy Hospital, Papa, Hungary; 5. Department of Gastroenterology, McGill University Health Centre, Montreal, Canada

**Introduction:** The number of prospective population-based studies evaluating the natural disease course and surgical outcomes of Crohn's disease (CD) are still limited from Eastern Europe. The present study is a continuation of the Veszprem IBD population-based cohort with a follow-up of the incidence and disease course of IBD since 1977.

**Aims:** Our aim was to evaluate disease course by examining progression in disease phenotype, time to biological therapy and surgery rates in a prospective population-based database from Veszprem Province, including incident CD patients diagnosed between January 1, 2007 and December 31, 2018.

**Methods:** Data of 421 incident CD patients were analyzed (male/female: 237/184; median age at diagnosis: 29 years(y) [IQR: 21-42]). Both in-hospital and outpatient records were collected and comprehensively reviewed at diagnosis and during clinical follow-up. The mean length of follow-up was 8.53y (SD: 3.3). Disease phenotype was evaluated based on the Montreal classification. Probability of medium-, long-term change in disease course and surgical outcomes were analyzed using Kaplan–Meier survival analysis.

**Results:** Disease location was ileal (L1), colonic (L2) in and ileo-colonic (L3) in 29.7%/ 24.5%/ 45.8% of patients at diagnosis. At the end of follow-up (8.53y), disease location was 27.1%/ 22.8%/ 50.1% (L1/L2/L3). The proportion of patients with upper gastrointestinal manifestation remained stable (7.6% and 8.1%), while perianal disease increased from 13.5% to 19% by the end of follow-up. Disease behavior at diagnosis was luminal (B1) in 62.5% of the patients. The probability of disease behavior progression from luminal into stenosing or penetrating phenotype was 11.9% (SE:1.7) at 3 years, 13.2% (SE:1.7) at 5 years and 17.6% (SE:1.7) at 10 years. The Probability of receiving biological therapy after diagnosis was 20.9% (SE:2.0) at 5 years and 28.8% (SE:2.0) at 10 years in this cohort. Overall resective surgery rate was 29.5% in the total population, while perianal surgery rate was 31.3% in patients with perianal disease at the end of follow-up. The probability of resective surgery was 20.7% (SE:2.0) at 1 year, 26.1% (SE:2.2) at 5 years and 30.7% (SE:2.4) at 10 years.

**Conclusion:** The probability of progression in disease behavior was lower compared to data from previous decades and similar to results from recent pan-European population-based data. (Burisch 2018, JCC). One-year surgery rates after diagnosis were considerably higher compared to previous data from our cohort or compared to Western and Northern European centers. (Lakatos 2011, IBD). Medium-term (5y) surgery rates were similar (~20%) compared to

recent Hungarian and European data, while long-term (10y) rates decreased compared to data from previous decades. (Lakatos 2011, IBD; Lakatos 2012, AJG).

#### 43. EVOLUTION OF DISEASE PHENOTYPE, TREATMENT STRATEGY AND SURGICAL OUTCOMES IN INCIDENT ULCERATIVE COLITIS PATIENTS BETWEEN 2007–2018 – CONTINUATION OF THE VESZPREM IBD POPULATION-BASED COHORT

Gönczi L.<sup>3</sup>, Lakatos L.<sup>1</sup>, Kürti Z.<sup>3</sup>, Golovics P.<sup>5</sup>, Pandúr T.<sup>2</sup>, Dávid G.<sup>1</sup>, Erdélyi Z.<sup>1</sup>, Szita I.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>3,4</sup>

1. Department of Gastroenterology, Ferenc Csolnoky Hospital, Veszprem, Hungary; 2. Department of Gastroenterology, Grof Esterhazy Hospital, Papa, Hungary; 3. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Division of Gastroenterology, McGill University Health Center, Montreal, Quebec, Canada; 5. Department of Gastroenterology, Hungarian Defence Forces Medical Centre, Budapest, Hungary

**Introduction:** The number of prospective population-based studies evaluating the natural disease course and surgical outcomes of ulcerative colitis (UC) are still limited from Eastern Europe. The present study is a continuation of the Veszprem IBD population-based cohort with a follow-up of the incidence and disease course of IBD since 1977.

**Aims:** Our aim was to evaluate disease course by examining progression in disease phenotype, time to biological therapy and colectomy rates in a prospective population-based database from Veszprem Province, including incident UC patients diagnosed between January 1, 2007 and December 31, 2018.

**Methods:** Data of 467 incident UC patients were analyzed (male/female: 236/1231; median age at diagnosis: 36 years(y) [IQR: 25-54]). Both in-hospital and outpatient records were collected and comprehensively reviewed at diagnosis and during clinical follow-up. The mean length of follow-up was 8.34y (SD: 3.5). Disease phenotype was evaluated based on the Montreal classification. Probability of medium-, long-term change in disease course and surgical outcomes were analyzed using Kaplan–Meier survival analysis.

**Results:** Disease extension was proctitis, left sided coliti, and extensive colitis in 22.3%/ 43.9%/ 33.8% of patients at diagnosis. The probability of disease progression into more extensive phenotype was 6.9% (SE:1.2) at 3 years, 8.3% (SE:1.3) at 5 years and 11.3% (SE:1.6) at 10 years. The Probability of receiving biological therapy after diagnosis was 9.9% (SE:1.4) at 3 years, 13.9% (SE:1.6) at 5 years and 17.8% (SE:2.0) at 10 years in this cohort. Overall colectomy rate was 4.1% in the total population at the end of follow-up. The probability of colectomy was 1.5% (SE:0.6) at 1 year, 3.6% (SE:0.9) at 5 years and 4.4% (SE:1.0) at 10 years in Kaplan-Meier analysis.

**Conclusion:** The probability of progression in disease extent was low overall, similar to results from recent pan-European population-based data. Medium- and long-term colectomy rates were lower compared to Western European centers, but somewhat higher compared to our previous data from the Veszprem cohort (2002-2006).

#### 44. PRIMER SCLEROTISALO CHOLANGITIS MÁJÁTÜLTETÉS UTÁN

Haboub Sandil A.<sup>1</sup>, Gerlei Z.<sup>1</sup>, Piros L.<sup>1</sup>, Görög D.<sup>1</sup>, Bihari L.<sup>1</sup>, Tihanyi E.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

Magyarországon a szervezett májátültetési program 1995-ben kezdődött. A májátültetési program ugrásszerű fejlődésen ment át. Az 5 éves túlélés meghaladja a 80%-ot. Az utánkövetési adatok alapján az alapbetegség kiújulása jelenti az egyik legnagyobb problémát, aminek az előfordulási aránya eléri a 30-70%-ot. A grafftúlélés javítása érdekében elsődleges feladat tehát az alapbetegség kiújulásának megelőzése, annak korai felismerése és kezelése a gondozás során.

A Primer Sclerotizáló Cholangitis (PSC) az extra-, és intrahepatikus epeutak gyulladásával és obliteratív fibrózisával járó krónikus májbetegség, ami 12-17 év alatt cirrózisba progrediál, mely esetén a májátültetés az egyetlen terápiás lehetőség. A PSC pontos patomechanizmusa a mai napig nem ismert. Észak-Európában a májátültetések vezető indikációját képezi. Hazánkban a második leggyakoribb májátültetési indikáció, az utóbbi időben emelkedő tendenciát mutatott. Transzplantációt követően a rövid- és hosszútávú betegtúlélés PSC-s betegek esetén kiemelkedően jó. Ugyanakkor, májátültetés után egyes szövődmények (pl. artéria hepatica trombózis, akut rejeleció, epeúti szövődmények) ismerten gyakrabban lépnek fel PSC miatt transzplantált betegek körében a műtétet követően, és kb. minden ötödik betegnél lehet számítani a PSC kiújulására, ami graft károsodáshoz vezet. A PSC kiújulásának igazolása igazi differenciáldiagnosztikai kihívást jelent a patológus számára is. Korábbi közlemények alapján a PSC kiújulásának legfőbb kockázati tényezője a PSC asszociált gyulladásos bélbetegség (IBD) jelenléte a májátültetés idejében és után. Több tanulmány hangsúlyozza, hogy a PSC-IBD klinikuma súlyosbodik májátültetést követően a tartós immunszuppressziós kezelés ellenére, mely az alapbetegség triggereként csökkentheti a májgraft élettartamát. Indokolt esetben terápiareszisztens, életet veszélyeztető, szövődményes colitis miatt proctocolectomiára is sor kerülhet.

Saját centrumunk adatai szerint 2015-től 770 OLTX történt, ebből 123 recipiens PSC miatt esett át transzplantáción (15,9%), közülük végstádiumú graft elégtelenség miatt összesen 6 beteg került ismét várólistára (0,77%), A retranzplantációra váró PSC-s betegekből eddig 2 beteg részesült ismételt műtétben (33%).

A várólistán lévő PSC-s recipensek száma, és a transzplantáció után az életkilátásuk folyamatosan nő, emiatt a későbbiekben várható, hogy a rekurrencia miatt graft elégtelenné váló transzplantáltak retranzplantációs igénye nőni fog

#### 45. APPLICATION OF ENDOSONOGRAPHY IN LIVER DISEASES ENDO-HEPATOLOGY: A NEW PARADIGM, Hamvas J.<sup>1,2</sup>

1. Dept. of Gastroenterology Péterfy Hospital Budapest; 2. Dept. of Gastroenterology Bajcsy-Zsiinszky teaching Hospital Budapest

**Introduction:** The diagnosis and management of liver disease have been a widely used combination of clinical, laboratory, and imaging findings. Percutaneous biopsy and intravascular procedures, and endoscopy to screening for and therapy of esophageal and gastric varices tended to complete the diagnosis.

**Aims:** Applying endoscopic ultrasound (EUS), it has become progressing method of hepatology as a new term: EndoHepatology.

**Methods:** The EUS applicable for the non-invasive diagnostic fields in liver diseases such as shear wave elastography, direct portal pressure measurement, and

invasive ultrasound-guided procedures such as liver biopsy, paracentesis, as well as EUS-guided therapies for variceal hemorrhage.

**Conclusion:** Non-invasive diagnostic and interventional EUS, the Endo-hepatology is becoming an integral part of routine liver disease therapy.

#### 46. DUPLEX SMALL BOWEL BENIGN TUMOR: RARE SOURCE OF OCCULT GASTROINTESTINAL BLEEDING AND PERSISTENT ANAEMIA

Hegede G.<sup>1</sup>, Urszu M.<sup>2</sup>, Hamvas J.<sup>1</sup>

1. Dept. of Gastroenterology Péterfy Hospital Budapest; 2. Dept. of Surgery Peterfy Hospital Budapest

**Introduction:** Small-bowel tumors account for 1 % - 3 % of all gastrointestinal neoplasms. Video capsule endoscopy (VCE) suggest that the frequency of these tumors may be substantially higher than previously reported. The small bowel represents 90 % of the overall mucosal surface of the alimentary tract, it is considered a rare location for the development of neoplasms. Small-bowel tumors grow slowly, extraluminally, remaining asymptomatic for years or presenting insidiously in patients with nonspecific complaints such as abdominal pain, diarrhea, iron deficiency anemia, bleeding, extraintestinal symptoms

**Aims:** Case description: Gy.L. 56 yers old male. Medical history: LC, T2DM, BPPV, Cataract NAFLD, kidney stones. ACBG surgery, anticoagulant therapy was initiated He was investigated for anaemia and positive FOBT from 2017. Only diminutive polyps found by repeated gastroscopy and colonoscopy.

**Methods:** In 2018. he was admitted to our outpatient video capsule endoscopic (VCE) center. The capsule (Given Imaging) cruised with normal peristaltic term into the small bowel, and showed two polyps in the jejuno ileal border and in the proximal part of the ileum. Both of the diameter were 8-10 mm. The covering mucosa were damaged and showed oozing of blood.

**Results:** Surgical resection were done. Histology verified hamartomas with gastric metaplasia. No complications were found, the patient recovered. There were no recurrence of anaemia or positive FOBT during follow up.

**Conclusion:** VCE is an accurate, safe, and painless method of endoscopically evaluating all of the small bowel. The VCE is authentic method of evaluating the origin of occult gastrointestinal bleedig even caused rare small intestinal tumors.

#### 47. THE EVALUATION OF FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH PSYCHITRIC DISORDERS

Helle K.<sup>1</sup>, Kovács M.<sup>1</sup>, Ollé G.<sup>1</sup>, Bálint L.<sup>1</sup>, Felber M.<sup>2</sup>, Juhász É.<sup>3</sup>, Fábrián Á.<sup>3</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>

1. Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged; 2. Hospital of Kálmán Pándy, Békés County Central Hospital, Gyula; 3. Hospital of Pál Réthy Dr., Békés County Central Hospital, Békéscsaba

**Introduction:** The association between psychiatric- (such as anxiety and depression) and functional gastrointestinal (FGI) disorders had been reported earlier, however it had been remained largely uninvestigated.

Therefore, the aim of our study was to collect data about the prevalence of FGI symptoms among patients with psychiatric disorders. Furthermore, we aimed to compare these to our previous findings among (n=1239) blood donor volunteers.

**Methods:** Five-hundred and sixty-two (M/F: 135/427, mean age: 59 (21-88) years) with different psychiatric disorders

were enrolled. Patients were asked to complete a standardized questionnaire about their FGI symptoms and quality of life (QoL).

**Results:** Considering the total study population, 81 (14.4%) out of 562 patients had IBS according to Rome III criteria and 25 (4.5%) according to Rome IV criteria. Despite the predominance of females among psychiatric patients, an even higher female predominance was demonstrated in the IBS population compared to the control group ( $\chi^2 = 5.653$ ,  $p = 0.0174$ ). Among the studied patients, 55 (10%) had anxiety, 116 (21%) had depression, 322 (57%) had both and 69 (12%) had other disorders. Due to the heterogeneity of latter group, further evaluation was not done in these patients. Besides psychiatric disorders, hypertension was the most common chronic disease among the subjects. In addition, 167 people indicated antihypertensives, 63 proton pump inhibitors, 31 statins, 21 antidiabetics, 19 thyroid hormones and, less frequently, blood thinners and bronchodilators. In terms of the number of medications taken, 325 were taking only their psychiatric medication, 92 were taking one medication in addition to their psychiatric medication, and 145 were taking two or more medications. A significant ( $\chi^2 = 6.9397$ ,  $p = 0.0084$ ) association between the presence of IBS and taking PPIs was detected. According to Rome IV criteria IBS-C, -D, -U and -M were detected in 2 (8%), 12 (48%), 11 (44%) and 0 (0%) of the subjects.

**Conclusions:** Although the use of the Rome IV criteria also reduced the prevalence of IBS in psychiatric patients in South-East Hungary which was significantly lower, than in healthy blood donor volunteers. Our results support that anxiety and depression may play a causal role in the development of IBS. The female predominance of IBS in the study population was found to be more pronounced, than in blood donor volunteers. The higher PPI treatment rate in IBS patients confirms the previous observation that the prevalence of GER-related symptoms is also higher in IBS patients.

#### 48. COLONIC DIVERTICULAR DISEASE IS A COMMON SOURCE OF ACTIVE OBSCURE GASTROINTESTINAL BLEEDING

Helle K.<sup>1</sup>, Sárdi K.<sup>1</sup>, Ollé G.<sup>1</sup>, Bálint L.<sup>1</sup>, Vadászi K.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>2</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>

1. Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged; 2. Endo-Kapszula Private Endoscopy Center, Székesfehérvár

**Introduction:** Obscure gastrointestinal bleeding (OGIB) occurs in ~ 5 % of patients with gastrointestinal bleeding. It is defined as gastrointestinal bleeding from a source that cannot be identified on upper or lower gastrointestinal (GI) endoscopy. However, a significant amount of these patients have the colonic diverticular disease with no evidence of active or previous bleeding on lower GI endoscopy.

Therefore, the **aim** of our study was to retrospectively compare the small bowel capsule endoscopy (SBCE) findings in our patients with OGIB, with or without the colonic diverticular disease (DD).

**Methods:** Retrospective analysis of MiroCam® SBCE findings in 120 patients [F/M: 63/57; mean age: 69.5 ys (17–93 ys)] with OGIB.

**Results:** Of the studied 120 patients, 42 had DD [F/M: 21/21, mean age: 78 ys (56–93 ys)] while the remaining 78 [F/M: 42/36, mean age: 61 ys (17–87 ys)] had not. The age difference between patients with and without DD was statistically significant ( $p < 0.01$ ). In patients with DD, 6/42 (14.3 %) had active and 36/42 (85.7 %) had occult bleeding, while in patients without DD, 14/78 (17.9 %) and 64/78 (82.1 %), respectively.

In patients with active bleeding, CE identified a bleeding source in the SB in 2/6 (33.3 %) patients with DD and in 10/14 (71.4 %) without DD.

In patients with occult bleeding, CE identified a bleeding source in the SB in 12/36 (33.3 %) patients with DD and in 16/64 (25.0 %) without DD.

**Conclusions:** In patients with active obscure GI bleeding and colonic DD, the prevalence of SB bleeding sources are significantly lower compared to the patients without DD. Since this difference was not observed in patients with occult obscure GI bleeding, it suggests that DD should be considered as a potential bleeding source even in those cases when the colonoscopy could not detect the signs of diverticular bleeding.

#### 49. A LIZOFOSZFATIDSÁV 2 (LPA<sub>2</sub>) RECEPTOR BÉLKÁROSODÁSRA KIFEJTETT HATÁSÁNAK RÉSZLETES VIZSGÁLATA EGÉRMODELLBEN

Hutka B.<sup>1</sup>, László S.<sup>1</sup>, Balogh A.<sup>2</sup>, Benyó Z.<sup>2</sup>, Al-Khrasani M.<sup>1</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Zádori Z.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet; 2. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Intézet

**Bevezetés:** A lizofoszfátidsav (LPA) egy extracelluláris lipid mediátor, mely számos fiziológiai és patofiziológiai folyamatban játszik szerepet. Gasztrointesztinális (GI) hatásairól, amelyeket elsősorban az LPA<sub>2</sub> receptor mediál, jelenleg keveset tudunk és látszólag az eredmények is ellentmondásosak. A szakirodalmi adatok egy része alapján az LPA<sub>2</sub> receptor stimulációja védi a GI nyálkahártyát, míg más eredmények szerint e receptor fokozza a bélkárosodással járó gyulladást. Korábbi kísérleteinkben kimutattuk, hogy az LPA<sub>2</sub> receptor hiánya mérsékeli, míg aktivációja súlyosbítja az indometacin által okozott bélgyulladást.

**Célkitűzés:** Jelen kísérleteinkben célunk volt az LPA<sub>2</sub> receptor bélkárosodásra és bélgyulladásra kifejtett hatásainak további részletes analízise.

**Módszerek:** Kísérleteinkben az enteropátia egérmodelljében széleskörben alkalmazott indometacint alkalmaztuk, melyet egyszeri, nagy dózisban (20 mg/kg) adtunk 8-10 hetes hím C57BL/6 egereknek, per os. A kontroll csoportot a vegyület oldószerével (1% hidroxietilcellulóz) kezeltük. LPA<sub>2</sub> receptor szerepének vizsgálatához LPA<sub>2</sub> receptor génkiütött (KO) állatokat használtunk. Az enteropátiát 6 és 24 óra múlva vizsgáltuk. Egy további kísérletben a vad típusú egereket az LPA<sub>2</sub> receptor agonistával (DBIBB, 1 és 10 mg/kg) vagy annak oldószerével két alkalommal kezeltünk az indometacin adását megelőzően, melyek között 23 és fél óra telt el. Az utolsó DBIBB kezelést után fél órával kezeltük az állatokat indometacinnal, 24 óra múlva az állatok vékonybélét eltávolítottuk. A mintákon szövettani vizsgálatot végeztünk, emellett citokin panel, immunhisztokémia és Western blot módszerekkel vizsgáltuk a gyulladás mértékét.

**Eredmények:** LPA<sub>2</sub> receptor KO egerekben indometacin hatására hamarabb alakultak ki eróziók a vékonybélben, azonban a károsodás enyhébb gyulladással járt. Az LPA<sub>2</sub> receptor stimulációja DBIBB-vel mérsékelt az indometacin által okozott fekélyek kialakulását. A vegyület kis dózisban enyhén csökkentette a szöveti gyulladást, elsősorban makrofág eredetű citokinek/kemokinek (pl. IL-1 $\beta$ , CCL-2, IP-10, G-CSF, KC) szintjének csökkentése által. A DBIBB nagyobb dózisa azonban fokozta a gyulladást, mely döntően Th sejt eredetű, vagy azok aktivációját serkentő citokinek emelkedésével járt.

**Következtetések:** Az LPA<sub>2</sub> receptor a bélben feltehetően kettős hatással bír. Enyhe fokú aktivációja csökkenti az epithelsejtek károsodását, mely indirekt módon mérsékli a szöveti gyulladást. Nagyobb mértékű aktiváció az epitheliális védelemmel párhuzamosan ugyanakkor fokozza a gyulladást, elsősorban a Th sejtek aktivációja miatt. Ezeknek megfelelően a receptor hiánya elősegíti az epithel sejtek pusztulását, azonban az immunsejtek aktivációja is zavart szenved.

**Kutatási támogatás:** NKFI FK 138842, ÚNKP-21-3-II-SE-33

## 50. A LIZOFOSZFATIDSÁV 2 (LPA2) RECEPTOR STIMULÁCIÓJA MÉRSÉKLI AZ INDOMETHACIN ÁLTAL OKOZOTT GYOMORNYÁLKAHÁRTYA KÁROSODÁST

Ilankovic K.<sup>1</sup>, Al-Khrasani M.<sup>1</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Zádori Z.<sup>1</sup>, Hutka B.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet

**Bevezetés:** A lizofoszfatsav 2 (LPA<sub>2</sub>) receptor szerepe a gasztrointesztinális (GI) rendszerben egyelőre nem teljesen tisztázott, protektív és károsító hatást egyaránt leírtak vele kapcsolatban különböző állatkísérletes modellekben. Korábbi eredményeink arra utalnak, hogy a receptor kismértékű aktivációja mérsékli az indomethacin, egy nem-szteroid gyulladásgátló (NSAID) által okozott bélkárosodást, míg túlzott stimulációja már fokozott bélgyulladással jár. Az LPA<sub>2</sub> receptor hatását az NSAID-ok által okozott gyomorfekélyre egyelőre alig vizsgálták.

**Célkitűzés:** Az LPA<sub>2</sub> receptor agonista DBIBB hatásának vizsgálata az indomethacin által okozott gyomorkárosodásra és gyulladásra.

**Módszerek:** Első kísérletünkben Wistar patkányokat *per os* kezeltünk az LPA<sub>2</sub> receptor agonista DBIBB különböző dózisaival (0.1 - 10 mg/kg) vagy oldószerével két alkalommal, melyek között 23 és fél óra telt el. Az utolsó kezelés után 30 perccel az állatok indometacint (30 mg/kg) kaptak, majd 6 óra múlva vizsgáltuk a fekélyek kiterjedését. Második kísérletünkben C57BL/6 egereken vizsgáltuk a DBIBB hatását, az állatok 40 mg/kg indometacint kaptak és 24 óra múlva Western blot módszerrel meghatároztuk a szöveti gyulladást.

### Eredmények:

Wistar patkányokban a DBIBB 1 mg/kg-os dózisban csökkentette az indomethacin által okozott fekélyes terület kiterjedését, 10 mg/kg-os dózisban azonban már fokozta azt. Egerekben a DBIBB 1 mg/kg-os dózisa még nem befolyásolta a gyomorkárosodással járó szöveti gyulladást, 10 mg/kg-os dózisban azonban csökkentette mind a myeloperoxidáz, mint a ciklooxygenáz-2 szöveti szintjét.

**Következtetések:** Eddigi eredményeink alapján az LPA<sub>2</sub> receptor stimulációjával mérsékelhető az indomethacin által okozott epitheliális károsodás és szöveti gyulladás a gyomorban. A DBIBB nagyobb dózisa ugyanakkor már súlyosbíthatja a gyomorkárosodást. További kísérleteket tervezünk a megfigyelt hatások hátterében álló mechanizmusok tisztázásához.

Kutatási támogatás: NKFI FK 138842, ÚNKP-21-3-II-SE-33

## 51. SERUM AND MUCOSAL SERPIN E1 CONCENTRATION REFLECTS TO THE DISEASE ACTIVITY AND THERAPY RESPONSE IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE - POTENTIAL NEW ACTIVITY MARKER

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

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

**Introduction:** Imbalance in cytokine homeostasis in inflammatory bowel diseases (IBD) can alter inflammatory response and determine response to therapy. Analysis of patient-specific cytokine profiles may open up new therapeutic targets or identify biomarkers that distinguish responders from non-responders before initiating therapy. Our previous cytokine array compared the expression of cytokines in colonic biopsies of IBD patients and identified that Serpin E1 (or plasminogen activator inhibitor 1) is expressed in IBD patients with active disease.

**Aims:** Therefore, the aim of the present study was to assess the utility of Serpin E1 in monitoring disease activity and therapeutic response of IBD patients.

**Methods:** Blood and biopsy samples were obtained from 79 clinically active IBD patients and 28 controls without IBD. Inclusion criteria included change of therapy or initiation of new treatment for IBD patients. Organoid culture (OC) was generated from 5 clinically active IBD patients and 5 controls. Total protein and mRNA were isolated from biopsies and from OCs. Protein levels were measured by ELISA and gene expression by qRT-PCR in serum, mucosa and in OCs.

**Results:** The mucosal expression of Serpin E1 was detected in the most inflamed biopsy samples, whereas it was below the detection limit in healthy subjects. In responders Serpin E1 gene expressions were significantly lower than in non-responders. On the other hand, we were not able to detect significant changes between responders and non-responders in gene expression of TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-6 or TGF- $\beta$ . In responders, mucosal and serum Serpin E1 concentration significantly decreased after the initiation of therapy compared to non-responders. Serum and mucosal Serpin E1 concentrations were significantly higher in patients with endoscopically and clinically active disease compared to inactive. Correlation analysis revealed that serum Serpin E1 level correlates with disease activity. In OCs the level and expression of Serpin E1 was lower in healthy organoids compared to OCs generated from inflamed samples.

**Conclusion:** Our results suggest that serum and mucosal Serpin E1 expression reflects endoscopic activity in IBD, which could be used to follow-up disease activity and possibly therapeutic response. Organoids mimicked the expression of Serpin E1 in the original biopsies suggesting that OCs can be used to study the effect of Serpin E1 inhibition.

## 52. PANCREATIC FAMILY HISTORY DOESN'T PREDICT DISEASE PROGRESSION, BUT CONNOTES ALCOHOL CONSUMPTION IN ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS WITH ACUTE PANCREATITIS: ANALYSIS OF AN INTERNATIONAL COHORT

Juhász M.<sup>1,2,3</sup>, Farkas N.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>1,2,4</sup>, Wedrychowicz A.<sup>5</sup>, Nita A.<sup>6</sup>, László N.<sup>7</sup>, Tészás A.<sup>8</sup>, Tokodi I.<sup>9</sup>, Vincze Á.<sup>10</sup>, Eröss B.<sup>1,2,11</sup>, Izbéki F.<sup>9</sup>, Czakó L.<sup>12</sup>, Papp M.<sup>13</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,11</sup>, Párniczky A.<sup>1,2,3</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Szentágotthai Research Centre, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis

University, Budapest, Hungary; 3. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 4. Centre for Translational Medicine, Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Department of Pediatrics, Gastroenterology and Nutrition, Faculty of Medicine, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland; 6. Department of Paediatrics, Grigore Alexandrescu Emergency Hospital for Children, Bucharest, Romania; 7. Department of Pediatrics, Szent János's Hospital and North Buda Unified Hospitals, Budapest, Hungary; 8. Department of Paediatrics, University of Pécs Clinical Centre, Pécs, Hungary; 9. Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 10. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 11. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 12. Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 13. Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary

**Introduction:** In pediatric acute pancreatitis (AP) a family history of pancreatic diseases is prognostic for earlier onset of recurrent AP (ARP) and chronic pancreatitis (CP). No evidence supports the same association in adulthood onset pancreatitis. Age-specific reasons of familial aggregation are also unclear.

**Aims:** We aimed to examine the prognostic role of pancreatic family history for ARP/CP and observe possible underlying mechanisms.

**Methods:** We conducted a secondary analysis of the Hungarian Pancreatic Study Group's (HPSG) multicenter, international, prospective registry of AP patients, both children and adults. We compared positive and negative family history of pancreatic diseases, in different age groups, and analyzed trends of accompanying factors. Chi-square and Fisher exact tests were used.

**Results:** We found a higher rate of ARP/CP in the positive pancreatic family history group (33.7% vs 25.9%,  $p=0.018$ ), peaking at 6-17 years. Idiopathic AP peaked in childhood in the positive group (75% 0-5 years) and was consistently 20-35% in the negative group. A higher rate of alcohol consumption/smoking was found in the positive groups at 12-17 years (62.5% vs 15.8%,  $p=0.013$ ) and 18-29 years (90.9% vs 58.1%,  $p=0.049$ ). The prevalence of diabetes and hyperlipidemia steadily rose with age in both groups.

**Conclusion:** Positive family history most likely signifies genetic background in early childhood. During adolescence and early adulthood, alcohol consumption and smoking emerges – clinicians should be aware and turn to intervention in such cases. Contrary to current viewpoints positive pancreatic family history is not a prognostic factor for ARP and CP in adults, so it should not be used as such.

### 53. INVALIDITY OF TOKYO CRITERIA FOR CHOLANGITIS AND CHOLECYSTITIS IN ACUTE BILIARY PANCREATITIS: AN INTERNATIONAL COHORT ANALYSIS OF PANCREATITIS PATIENTS

Juhász M.<sup>1,2,3</sup>, Farkas N.<sup>1</sup>, Tóháti R.<sup>4</sup>, Molnár R.<sup>4</sup>, Jászai V.<sup>4</sup>, Vincze Á.<sup>5</sup>, Szentesi A.<sup>1,2,6</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,7</sup>, Párniczky A.<sup>1,2,3</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 4. Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Centre

for Translational Medicine, Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 7. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** Antibiotics are often overused in acute pancreatitis (AP) on account of the misinterpreted CRP elevation. Adequate reasons for antibiotic use in AP include: cholangitis (CA) and cholecystitis (CC). However, there is significant overlap between their diagnostic criteria (Tokyo criteria) and the picture seen in biliary AP, thus their validity comes into question, together with the antibiotic practice in biliary AP.

**Aims:** We aimed to examine the fulfilment of Tokyo criteria in biliary AP, antibiotic practice, and evaluate associations with patient-important outcomes.

**Methods:** We conducted a secondary analysis of the Hungarian Pancreatic Study Group's multicenter, international, prospectively collected registry of AP patients. We retrospectively evaluated on admission abdominal imaging results to determine Tokyo guideline fulfilment, together with data collected in the registry. We also evaluated CA/CC severity and its relationship with AP outcomes, as well as antibiotic use. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) practice was also overviewed in definite CA cases. Chi-squared, Fisher exact tests and single factor ANOVA were used.

**Results:** 27.8% of 944 biliary AP patients fulfilled the Tokyo criteria for both CA and CC, 22.5% for CC only and 20.8% for CA only. Antibiotic use was high (77.4%) even among those with neither condition on admission (61.3% - most commonly for later developed / suspected CA or CC, or „empirically”). About 2/3 of the CA/CC cases were mild, around 10% severe. Mortality was below 1% in mild and moderate CA and CC patients, but considerably higher in severe cases (12.8% and 21.2% in CA and CC). AP severity and length of hospitalisation increased parallelly with CA/CC severity. ERCP was performed in 89.3% of the cases, mostly (74%) within the first 24 hours. Common bile duct (CBD) stones were found in 55.5%.

**Conclusion:** Around 70% of biliary AP patients fulfilled the diagnostic criteria for CA/CC, leading to a high rate of antibiotic use. Mortality in presumed mild or moderate CA/CC is low.

Our literature review revealed that all laboratory and clinical criteria will commonly be fulfilled in biliary AP, single imaging findings are also unspecific – AP specific diagnostic criteria are needed. Randomised trials testing antibiotic use in likely misdiagnosed cases are warranted.

### 54. QUALITY OF LIFE AND STRESS ASSESSMENT IN PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC PANCREATITIS: PRELIMINARY RESULTS OF THE GOULASH-PLUS CLINICAL TRIAL

Kató D.<sup>1</sup>, Lillik V.<sup>1</sup>, Verbói M.<sup>1</sup>, Sarlós P.<sup>2</sup>, Vincze Á.<sup>2</sup>, Kovács A.<sup>3</sup>, Sztrikovics S.<sup>3</sup>, Müller É.<sup>3</sup>, Bódis B.<sup>4</sup>, Gajdán L.<sup>5</sup>, Izbéki F.<sup>5</sup>, Hegyi P.<sup>1,6,7,8</sup>, Mikó A.<sup>1,9</sup>

1. Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Medical School, Hungary; 2. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Medical School, Hungary; 3. Department of Radiology, University of Pécs, Medical School, Hungary; 4. Division of Endocrinology and Metabolism First Department of Medicine, University of Pécs, Medical School, Hungary; 5. Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 6. Center for Translational Medicine, Semmelweis University, Hungary; 7. János Szentágothai Research Center, University of Pécs, Hungary; 8. Division of

Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Hungary; 9. Department of Medical Genetics, University of Pécs, Medical School, Hungary

**Introduction:** Acute pancreatitis (AP) can result in late complications, including recurrent acute pancreatitis (RAP) and chronic pancreatitis (CP). Higher levels of stress are common in chronic diseases, which can lead to impaired quality of life.

**Aims:** The aim of our study was to compare these factors in patients suffered from AP and suffering from CP.

**Methods:** GOULASH PLUS is a 6-year observational prospective follow-up study of AP patients. We analyzed answers to the 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) and Perceived Stress Scale (PSS) questionnaires in the CP and non-CP patients completed by the clinical research administrators. Wilcoxon and Fisher-exact test were used for statistical analysis.

**Results:** In the first year, 224 patients completed the questionnaires, 21 belonged to the CP group and 203 to the non-CP group. The mean age was  $55.7 \pm 15$  for CP and  $54.5 \pm 9$  for non-CP patients. The male-female gender ratio was 20:1 in the CP and 107:96 in the non-CP group. Regarding the PSS questionnaire, there was no significant difference between the low, moderate, and high stress categories in the CP and non-CP groups ( $p = 0.095$ ). We did not find any significant differences between the 8 points of the SF-36 questionnaire assessing mental and physical component in the CP and non-CP groups. There was no significant difference in total SF-36 scores between CP and non-CP patients ( $593.9 \pm 149.2$ ;  $630.4 \pm 136.8$ ;  $p = 0.20$ ). In the second year, 113 patients (13 CP, 100 non-CP) completed the questionnaire, here we did not detect any differences in the points of the PSS and SF-36 questionnaires.

**Conclusion:** The SF-36 and PSS questionnaires assessing quality of life and stress levels did not differ between the CP and non-CP groups, however, given the small number of items in our study, there are plans to expand the number of patients in the future.

#### 55. ERCP SORÁN VÉGZETT KEFECYTOLOGIA ÉS INTRADUCTALIS EPEÚTI BIOPSZIA, VALAMINT SZÉRUM CEA ÉS CA 19-9 TUMORMARKEREK DIAGNOSZTIKUS ÉRTÉKE MALIGNUS EPEÚTI SZŰKÜLETEK ESETÉN

Keczer B.<sup>1</sup>, Bánfalvi Z.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Péter Z.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Introduction:** Az ismeretlen eredetű epeúti szűkületek diagnózisának aranystandard vizsgáló módszere az endoszkópos retrográd cholangio-pancreatográfia (ERCP). Az ERCP során rutinszerűen alkalmazott mintavételezés két eszköze a kefecytológia és az intraductalis epeúti biopszia, azonban ezen technikák diagnosztikus értéke bizonytalan.

**Aims:** ERCP során végzett kefecytológia és/vagy intraductalis epeúti biopszia, valamint a szérum tumormarker szintek (CEA, CA19-9) diagnosztikus értékének vizsgálata ismeretlen eredetű epeúti szűkületek esetében.

**Methods:** A Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán 2018. január és 2021. augusztus között epeúti szűkület miatt ERCP során végzett kefecytológia és/vagy intraductális epeúti biopszia, valamint a szérum CEA és CA 19-9 értékek diagnosztikus érzékenységét vizsgáltuk epeúti malignitásban.

**Results:** A vizsgált időperióduson belül 82 beteg (41 férfi, 41 nő) esetében történt epeúti kefecytológia és/vagy

intraductalis epeúti biopszia. A férfiak átlagéletkora  $69 \pm 12$  év, míg a nőké  $70.5 \pm 10$  év volt. Epeúti kefecytológia az esetek 65%-ban (53/82), intraductalis biopszia 17%-ban (14/82), míg a két technika együttes alkalmazása a betegek 18%-ban (15/82) történt. A kefecytológia szenzitivitása önmagában 0.4, negatív prediktív értéke 0.42, míg az epeúti biopsziának 0.56 és 0.65 volt. A kombinált kefecytológia és epeúti biopszia szenzitivitása 0.63, negatív prediktív értéke 0.5 volt. A szérum CA 19-9 és CEA tumormarkerek szenzitivitása 0.68 és 0.38 volt, míg specificitásuk 0.47-nek és 0.93-nak mutatkozott. A kefecytológia és a szérum CA 19-9 szint kombinált szenzitivitása 0.82, míg kefecytológia és szérum CEA esetén ez 0.67 volt. Az epeúti biopsziával kombinált tumormarker szenzitivitás CA 19-9 esetén 0.92, CEA esetében 0.73-nak bizonyult.

**Conclusion:** Az ismeretlen epeúti szűkületek kivizsgálása komplex feladat. Az ERCP vizsgálat során végzett kefecytológia és intraductalis epeúti biopszia valamint a szérum CEA és CA19-9 értékek diagnosztikus érzékenysége a malignus epeúti szűkületek vonatkozásában alacsony, azonban kombinált használatuk javítja a diagnosztikus értéket.

#### 56. A HASNYÁLMIRIGY DUKTÁLIS EPITÉL SEJTEK TRANZSDIFFERENCIÁCIÓS LEHETŐSÉGE AZ ENDOKRIN SEJTSORS IRÁNYÁBA

Kiss A.<sup>1,2</sup>, Varga Á.<sup>1,2,3</sup>, Madácsy T.<sup>1,2,3</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Groma G.<sup>4</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Klinika; 2. Szegedi Tudományegyetem, Momentum Epitél Sejt Szignalizáció és Szekréció Kutatócsoport; 3. Szegedi Tudományegyetem, HCEMM-SZTE Molekuláris Gasztroenterológia Kutatócsoport; 4. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika

**Introduction:** Az I-es típusú diabetesz egy hasnyálmirigy-specifikus autoimmun betegség, amely során a  $\beta$ -sejtek szelektív destrukciójával kialakul az elégtelen inzulintermelés. Adekvát kezelés nélkül akut komplikációk léphetnek fel, a hosszútávú következmények pedig jelentősen csökkentik a betegek életminőségét. Ugyan intenzív kutatások jelenleg is folynak a  $\beta$ -sejtek transzplantációs hatékonyságának növelésére, a diabetesz egyelőre gyógyíthatatlan betegség, amely így új terápiás megközelítéseket sürget. A hasnyálmirigy károsodások után megfigyelt regenerációs/transzdzifferenciációs program, amely folyamatban a ductális epitéliumnak központi szerepe van, potenciálisan alkalmas lehet  $\beta$ -sejtek pótlására. Azonban a folyamat szabályozása nem ismert kellően.

**Aims:** Munkánk során ezért célul tűztük ki a felnőtt hasnyálmirigy ductális epitél sejtek plaszticitásának vizsgálatát a különféle tenyésztési körülmények megváltoztatásával.

**Methods:** FVB/N egértörzsből származó hasnyálmirigy szövetből epiteliális organoid, valamint stróma sejt-kultúrákat hoztunk létre. Az organoidok identitását RNS szekvenálással és immunfluoreszcens festési eljárással vizsgáltuk. A stróma és ductális epitél sejtek egymásra gyakorolt hatását kultúrákban, qRT-PCR segítségével figyeltük meg. Az epitél-endokrin transzdzifferenciációs folyamatot siRNS transzfekcióval és farmakológiai gátlószerek alkalmazásával indukáltuk az erre általunk tervezett tápfolyadék segítségével.

**Results:** Az általunk létrehozott organoidok a ductális epitél sejtekre jellemző karakterisztikát mutatnak, aktív Notch szignalizációval. Ezen útvonal kulcsszereplőinek és

célgénjeinek (GSAP, HES1) gátlásával/csendesítésével, a stróma sejtekkel ko-kultúrában, szignifikáns és nagymértékű változást tapasztaltunk az organoidok *Ins2* és *Ngn3* gének expressziójában.

**Conclusion:** Eredményeink alapján elmondhatjuk, hogy a dukális epitél sejtekben működő, aktív Notch jelátviteli útvonal mesterséges szabályozásával és a stróma sejtek segítségével lehetővé vált a dukális-endokrin transzifferenciációs folyamat vizsgálata, ami a diabétesz jövőbeli kezelésének és a  $\beta$ -sejt transzplantáció hatékonyságának növelése szempontjából jelentős előrelépés.

### 57. A PTD JELENTŐSÉGE A PERIHILÁRIS EPEÚTI OBSTRUKCIÓKBAN: 12 ÉV, 599 ESETEN VÉGZETT PERKUTÁN TRANSHEPATIKUS DRAINAGE EREDMÉNYEI.

Kokas B.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Farkas N.<sup>2</sup>, Ujváry M.<sup>1</sup>, Móri S.<sup>1</sup>, Kalocsai A.<sup>1</sup>, Szücs Á.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest; 2. Pécsi Tudományegyetem, Bioanalitikai Intézet, Pécs

**Bevezetés:** A minimálisan invazív, endoszkópos és perkután technikák már jóideje vezető szereppel bírnak a korábbiakban csak sebészeti módszerrel ellátható epeúti obstrukciók megoldásában. Az endoszkópos - különösen az ultrahanggal kombinált - technikák árnyékában a perkután transzhepatikus drainage (PTD) indikációi szűkülni látszanak, azonban ma még a PTD továbbra is lényeges jelentőséggel bír, különösen a hiláris obstrukciók kezelésében.

**Módszerek:** Retrospektív tanulmányunk során, az I.sz. Sebészeti és Intervenció Gasztroenterológiai Klinikán 12 év PTD intervencióinak morbiditását, mortalitását, sikerességi rátáját és tanulási görbéjét dolgoztuk fel.

**Eredmények:** 599 betegem 615 perkután intervenció történt. A beavatkozásokat 94.5% -os (33/599) technikai sikerrel, és 2.7% -os (16/599) reintervencióval végeztük el. 111 minor és 22 major komplikációt tapasztaltunk, ezen belül 1 intervencióhoz köthető halálózást észleltünk. Perihiláris epeúti obstrukció esetén, a csak PTD-n átesett esetekkel szemben, cholangitis szignifikánsan magasabb arányban volt észlelhető, amennyiben a PTD-t ERCP előzte meg.

**Megbeszélés:** Eredményeink is bizonyítják a perkután transhepatikus technika megkérdőjelezhetetlen helyét az epeúti elzáródások kezelésében. Hiláris szintű obstrukció esetén a perkután transhepatikus technika, a magas sikerességi arány és alacsony komplikációk ráta okán elsődleges szereppel bír. A PTD centrumokban való elvégzése elengedhetetlen az alacsony intervencióhoz köthető morbiditás és mortalitás eléréséhez.

### 58. MOUSE ESOPHAGEAL ORGANOID CULTURES ARE THE NOVEL MODEL FOR STUDYING THE EPITHELIAL ION TRANSPORT MECHANISMS

Korsós M.<sup>1</sup>, Bellák T.<sup>2,3</sup>, Becskeházi E.<sup>1</sup>, Gál E.<sup>1</sup>, Veréb Z.<sup>4</sup>, Venglovecz V.<sup>1</sup>

1. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged; 2. Department of Anatomy, Histology and Embryology, University of Szeged; 3. BioTalentum Ltd., Gödöllő, Hungary; 4. Regenerative Medicine and Cellular Pharmacology Research Laboratory, Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged

**Introduction:** Esophageal epithelial cells (EECs) protect the lower layers during esophageal reflux. One of the major components of the epithelial defensive mechanisms is the

ion transport processes, however their role under physiological and pathophysiological conditions is not completely clear. One of the reason for this is the lack of good experimental models on which the functional changes of EECs can be investigated.

**Aims:** Therefore, our aim in this study was to generate esophageal organoid cultures (EOCs) from epithelial tissue of mice and investigate the morphological features and cellular compositions of EOCs. Main aim was to characterize the presence of ion transporters on these EOCs.

**Methods:** EECs were isolated from three different mice strains (male, age 8-20 week, wild type, CD1 and C75/Bl6). The esophagus was removed and digested with dispase II (1 mg/ml) for 40 min. and peeled from the submucosa, then incubated with 0,25% trypsin in order to obtain individual cells. Cells were then suspended in Matrigel® matrix and cultured for 10-14 days. Verifying that the EOCs generated from esophageal stem - and epithelial cells, FACS analysis was used. Changes in intracellular pH (pHi) of the EOCs was measured using microfluorometry and the pH-sensitive dye, BCECF-AM. For determining the resting pHi, the high K<sup>+</sup>/nigericin technique was used, for measuring the buffer capacity the ammonium prepulse technique was performed. For immunostaining, we fixed the organoids in 4% PFA and dehydrated in 30% saccharose for 3 days before embedding in Cryomatrix™, whereas RT-PCR was used to study mRNA expression of the transporters.

**Results:** EOCs form a cell-filled structure with a diameter of 250–300  $\mu$ m and generated from epithelial stem cells as shown by FACS analysis. Using conventional PCR and immunostaining, the presence of Slc26a6 Cl<sup>-</sup>/HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> anion exchanger (AE), Na<sup>+</sup>/H<sup>+</sup> exchanger (NHE), Na<sup>+</sup>/HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> cotransporter (NBC), cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) and anoctamin 1 Cl<sup>-</sup> channels were detected in EOCs. Microfluorimetric techniques revealed high NHE, AE, and NBC activities, whereas that of CFTR was relatively low. In addition, inhibition of CFTR led to functional interactions between the major acid–base transporters and CFTR.

**Conclusion:** We conclude that EOCs provide a relevant and suitable model system for studying the ion transport mechanisms of EECs, and they can be also used as preclinical tools to assess the effectiveness of novel therapeutic compounds in esophageal diseases associated with altered ion transport processes.

This study was supported by the National Research, Development and Innovation Office (FK123982) and the National Research, Development and Innovation Office, by the Ministry of Human Capacities (EFOP 3.6.2-16-2017-00006).

### 59. ENDOSCOPOS ULTRAHANGOS VIZSGÁLATOKKAL SZERZETT TAPASZTALATAINK AZ ELTELT ÖT ÉVBEN – TANULÁS, PANCREAS PSEUDOCYSTA/WOPN LAMS STENT BEHELYEZÉSE

Kovács G.<sup>1</sup>, Ágoston L.<sup>1</sup>, Vén L.<sup>1</sup>, Szegedi L.<sup>1</sup>

1. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház

**Introduction:** Az endoszkopos ultrahangos vizsgálatok Magyarországon az utóbbi időben egyre több helyen elérhetőek. Ezen vizsgálóeljárás segítségünkre van mind a mindennapi diagnosztika terén, illetve bizonyos terápiás beavatkozások elvégzését is lehetővé teszi.

**Aims:** Nyíregyházi Jósa András Egyetemi Oktatókórházban 2017 májusától érhetőek el az endoszkopos ultrahangos vizsgálatok. 2022 márciusáig összesen 431 endoszkopos ultrahangos vizsgálatot végeztünk, az utóbbi év alapján a

vizsgálati szám növekedni látszik. 2021 tavaszától volt lehetőségünk pancreas pseudocysta illetve WOPN esetén LAMS stent használatára. Az eltelt egy évben összesen négy alkalommal használtunk fenti indikációkkal LAMS stentet, ezen vizsgálataink során szerzett tapasztalatainkat is szeretnénk bemutatni. Az adatokat 2022 májusáig terveznénk feldolgozni, így az eltelt öt év eredményeit mutatnánk be.

**Methods:** A kórházi adatbázist felhasználva retrospektív az adatok kigyűjtését követően vizsgáltuk, értékeltük az eddig eltelt öt évben az elvégzett vizsgálatokat.

**Results:** Az előadásunkban a 2017 májusától 2022 májusáig eltelt öt évben végzett vizsgálatainkat szeretnénk bemutatni, lebontva az évenkénti esetszámokra, vizsgált célszervre, FNA/FNB mintavételek számára, mintavételek sikerességére. Bemutatnánk az eddig elvégzett négy LAMS stent behelyezését, azok indikációját, sikerességét.

**Conclusion:** Az endoscopos ultrahangos vizsgálatok napjainkban nagyon fontos részei a kivizsgálásnak, számos indikációban segítségünkre van. A centrumunkban emelkedni látszik az esetszám. Nem csak a diagnosztikában, hanem bizonyos terápiás beavatkozásokban is segítségünkre van.

#### 60. INCIDENCE, PREVALENCE, DISEASE PHENOTYPE AND MAXIMAL THERAPEUTIC STEP IN INCIDENT CROHN'S DISEASE PATIENTS BETWEEN 2007-2018 – CONTINUATION OF THE VESZPREM IBD POPULATION-BASED COHORT

Lakatos L.<sup>2</sup>, Gonczi L.<sup>1</sup>, Golovics P.<sup>3</sup>, Pandur T.<sup>4</sup>, David G.<sup>2</sup>, Erdélyi Z.<sup>2</sup>, Szita I.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>5</sup>

1. Department of Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Gastroenterology, Ferenc Csolnoky Hospital, Veszprem, Hungary; 3. Department of Gastroenterology, Hungarian Defence Forces- Medical Centre, Budapest, Hungary; 4. Department of Gastroenterology, Grof Esterhazy Hospital, Papa, Hungary; 5. Department of Gastroenterology, McGill University Health Centre, Montreal, Canada

**Introduction:** Recent trends indicate a change in the epidemiology of inflammatory bowel disease (IBD) with previously low incidence areas now reporting progressive rise. The number of epidemiological population-based studies are still limited from Eastern Europe. The present study is a continuation of the Veszprem IBD population based cohort with a follow-up of the incidence and disease course of IBD since 1977.

**Aims:** Our aim was to analyze the incidence and disease phenotype at diagnosis, and the maximal therapeutic step distributions during follow-up in a prospective population-based database from Veszprem Province, including incident Crohn's disease (CD) patients diagnosed between January 1, 2007 and December 31, 2018.

**Methods:** Data of 421 incident CD patients were analyzed (male/female: 237/184; median age at diagnosis: 29 years(y) [IQR: 21-42]). Both in-hospital and outpatient records were collected and comprehensively reviewed at diagnosis and during clinical follow-up. The source of age- and gender-specific demographic data for statistical analysis was derived from the results of a national population census in 2011 (Hungarian Central Statistical Office). Disease phenotype was evaluated based on the Montreal classification.

**Results:** Adjusted mean incidence rate was 9.94 (CI95%: 9.0-10.9) /10<sup>5</sup> person-years in this 12 year period [males: 11.58 (CI95%: 10.2-13.2) /10<sup>5</sup>; females: 8.40 (CI95%: 7.3-9.7) /10<sup>5</sup>]. Prevalence rate was 191.18 (CI95%: 177.0-205.7) /10<sup>5</sup> persons in 2011 and 236.78 (CI95%: 220.8-252.8) in

2015. For detailed annual incidence rates and age-specific mean incidence rates see Figure 1 and 2. Peak onset age in CD was 20–29 years of age. Diagnostic delay from symptom onset was ≥1year in 26.6%, and ≥3 years in 10% of the patients. Disease location was ileal (L1) in 29.7%, colonic (L2) in 24.5%, and ileo-colonic (L3) in 45.8% at diagnosis. Upper gastrointestinal manifestation or perianal disease were present in 7.6% and 13.5%. Disease behavior at diagnosis was luminal (B1) in 62.5%, stenosing (B2) in 17.6%, penetrating (B3) in 16.4%, and B2+B3 in 3.6%. Patients with ileocolonic disease were younger (29.2y, SD:14.6) at diagnosis compared to patients with ileal (35.7y, SD:15.5; p<0.001) or colonic disease (37.7y; SD:18.1; p<0.001). Extraintestinal manifestations were as follows: hepatic 5.0% (PSC 1.9%), arthritis 13.8%, ocular 1.7%, cutan 4.3%. Active smokers at diagnosis were 35.4%, while past-smokers 15.4%. Distribution of maximal therapeutic steps during the course of follow-up (8.53y, SD: 3.3) were 5-ASA in 15.7%, systemic corticosteroids in 14.3%, immunosuppressive therapy in 42.5%; anti-TNF biologic therapy in 23.3% and other biologic therapy in 2.9%.

**Conclusion:** The incidence of CD in this 12 year period was high, comparable to high-incidence areas in Western European countries, and comparable to previous data from the Veszprem cohort, while prevalence rates continue to rise. (Lakatos 2011, IBD). Ileocolonic location and penetrating disease behavior were somewhat higher compared to previous population-based data from Western Europe. (Burisch 2018, JCC). Distribution of highest treatment steps is in line with data from the biological era.

#### 61. INCIDENCE, PREVALENCE, DISEASE PHENOTYPE AND MAXIMAL THERAPEUTIC STEP IN INCIDENT ULCERATIVE COLITIS PATIENTS BETWEEN 2007–2018 – CONTINUATION OF THE VESZPREM IBD POPULATION-BASED COHORT

Lakatos L.<sup>1</sup>, Gönczi L.<sup>2</sup>, Kürti Z.<sup>2</sup>, Golovics P.<sup>4</sup>, Pandúr T.<sup>3</sup>, Dávid G.<sup>1</sup>, Erdélyi Z.<sup>1</sup>, Szita I.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>2,5</sup>

1. Department of Gastroenterology, Ferenc Csolnoky Hospital, Veszprem, Hungary; 2. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Gastroenterology, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary; 4. Department of Gastroenterology, Hungarian Defence Forces Medical Centre, Budapest, Hungary; 5. Division of Gastroenterology, McGill University Health Center, Montreal, Quebec, Canada

**Introduction:** Recent trends indicate a change in the epidemiology of inflammatory bowel disease (IBD) with previously low incidence areas now reporting progressive rise. The number of epidemiological population-based studies are still limited from Eastern Europe. The present study is a continuation of the Veszprem IBD population-based cohort with a follow-up of the incidence and disease course of IBD since 1977.

**Aims:** Our aim was to analyze the incidence and disease phenotype at diagnosis, and the maximal therapeutic step distributions during follow-up in a prospective population-based database from Veszprem Province, including incident ulcerative colitis (UC) patients diagnosed between January 1, 2007 and December 31, 2018.

**Methods:** Data of 467 incident UC patients were analyzed (male/female: 236/231; median age at diagnosis: 36 years(y) [IQR: 25-54]). Both in-hospital and outpatient records were collected and comprehensively reviewed at diagnosis and during clinical follow-up. The source of age- and gender-specific demographic data for statistical analysis was derived from the results of a national population census in 2011



(Hungarian Central Statistical Office). Disease extension was evaluated based on the Montreal classification.

**Results:** Adjusted mean incidence rate was 11.02 (CI95%: 10.1-12.1) /10<sup>5</sup> person-years in this 12 year period [males: 11.53 (CI95%: 10.2-13.1) /10<sup>5</sup>; females: 10.54 (CI95%: 9.3-12.0) /10<sup>5</sup>]. Prevalence rate was 283.51 (CI95%: 265.7-300.7) /10<sup>5</sup> persons in 2011 and 317.79 (CI95%: 298.8-335.8) in 2015. Peak onset age in UC was 20–29 years of age. Diagnostic delay from symptom onset was ≥1 year in 19.1%, and ≥3 years in 4.1% of the patients. Disease extension was proctitis (E1) in 22.3%, left sided colitis (E2) in 43.9%, and extensive colitis (E3) in 33.8% of the patients at diagnosis. Patients with extensive colitis were younger (32.9y, SD:16.6) at diagnosis compared to patients with proctitis (40.1y, SD:15.9; p<0.001) or left sided colitis (44.0y; SD:19.1; p<0.001). Extraintestinal manifestations were as follows: hepatic 5.4% (PSC 2.1%), arthritis 10.7%, ocular 0.9%, skin 3.6%. Active smokers at diagnosis were 12.6%, while past-smokers 18.2%. Distribution of maximal therapeutic steps during the course of follow-up (8.34y, SD: 3.5) were 5-ASA in 46.9%, systemic corticosteroids in 16.3%, immunosuppressive therapy in 19.3%; anti-TNF biologic therapy in 12.2% and other biologic therapy in 4.3%.

**Conclusion:** The incidence of UC in this 12 year period was high, comparable to high-incidence areas in Western European countries, and comparable to previous data from the Veszprem cohort, while prevalence rates continue to rise compared to our previous data. Disease extension at diagnosis and distribution of highest treatment step was comparable to European population-based data.

## 62. AZ ASSZISZTENS, MINT STABIL BÁSTYA AZ ENDOSZKÓPOS TEAMBEN

Langhammer S.<sup>1</sup>

1. Pécs Tudományegyetem I.sz. Belgyógyászati Klinika

**Introduction:** Az endoszkópia fejlődése nagy utat járt be Hippokratesz és Avicenna munkássága óta. Az endoszkópok és a tartozékok alakulása mellett, az orvosok és asszisztensek szakmai tudásának folyamatos fejlődése, magas színvonalú munkája is hozzá járult az endoszkópos vizsgálatok rohamos fejlődéséhez. Az orvosok, asszisztensek szoros együttműködésben, teamben dolgoznak a betegek gyógyítása érdekében. A team alapja, stabil bástyája minden esetben a jó asszisztens. Az asszisztens, aki megteremti a vizsgálat tárgyi feltételeit, a biztonságos vizsgálati hátteret. Előkészíti a beteget pszichésen és szomatikusan. Tudja és ismeri az előkészítés teljes folyamatát, képes felvilágosítani a beteget a megfelelő előkészítés fontosságáról. Ismeri a véralvadást gátló gyógyszereket és azok elhagyásának szabályait operatív beavatkozások előtt. Terápiás beavatkozásokhoz képes kiválasztani a legmegfelelőbb tartozékot-, ami nagy mértékben hozzájárul sikeres vizsgálat kimeneteléhez Tudja és ismeri a szövödmények elhárításához szükséges gyógyszereket, eszközöket. Ismeri az endoszkópok tisztításának, fertőtlenítésének lépéseit. Megteremti a megfelelő kommunikációt a team tagjai és a beteg között. Összetartja a csapatot, nyugalmat és magabiztosságot sugároz folyamatosan a vizsgálat során. Erre nem csak a betegnek, de az az orvosoknak is nagy szüksége van. Tudásával, szakmai tapasztalatával hozzájárul a fiatal orvos és asszisztens generáció szakmai fejlődéséhez. Egy jó asszisztens mindig tudásra szomjas, fejlődésre képes, empatikus, team munkára alkalmas és minden körülmények között nyugodt. Az endoszkópos team sikerének titka világszerte-, hogy alapját egy endoszkópiában jártas orvos és egy jól képzett endoszkópos asszisztens szoros munkája

alkotja. Ezek az emberek legjobb tudásukat összeadva egy cél érdekében tevékenykednek a beteg ellátásban hosszú évek óta. Sikerük töretlen és a fejlődés folyamatos hiszen az endoszkópiában rejlő lehetőségek tárháza még rejteget újdonságokat.

**Aims:** Előadásommal fel szeretném hívni a figyelmet az endoszkópos asszisztensekre, azokra az emberekre, akik nélkülözhetetlen elemei az endoszkópos teamnek. Fontosnak tartom ezeknek szakembereknek a folyamatos képzését, és a pályát elhagyó, vagy nyugdíjba menő asszisztensek utánpótlásának biztosítását. Szalmi megbecsülésük és elismerésük kiemelt jelentőségű, hiszen ez a szakma nagyon szép és minden nap újdonságokat rejteget de nagyon nehéz és megterhelő is egyben.

**Methods:** Endoszkópos Asszisztensi szekció kiemelt céljának tekinti új szakasszisztensek képzését iskolákkal összefogva, továbbképzések folyamatos szervezését.

**Results:** Az idei évben a Semmelweis egyetem Bókey felnőttképzési központja 2022.02.26-án elindította minden idők legnagyobb létszámú endoszkópos asszisztensi képzését 50 fővel.

**Conclusion:** Az asszisztens nélkülözhetetlen elem az endoszkópos teamben. Az asszisztens, aki stabil bástyaként mindig helytáll. A folyamatos képzésüknek köszönhetően egyedülálló tapasztalattal rendelkeznek és minden vizsgálatnál a gasztroszkópiától az endoszkópos ultrahangig helyt tudnak állni. A jól képzett asszisztens tapasztalatával, nyugalmával hozzá járul a sikeres vizsgálatokhoz. Munkája annyira speciális, hogy nem lehet egyszerűen pótolni. Egy jó asszisztens minél tapasztaltabb annál nélkülözhetlenebb.

## 63. HOGY TARTOZHAT A GASZTROENTEROLÓGIÁHOZ A MEDIASZTINUM?!

Langhammer S.<sup>1</sup>, Sarlós P.<sup>1</sup>, Kővári B.<sup>1</sup>, Paulovicsné Kiss M.<sup>1</sup>, Fülöpné Ravasz A.<sup>1</sup>, Bozsánovicsné Jánosi H.<sup>1</sup>, Kolozsvári M.<sup>1</sup>, Csiszér M.<sup>1</sup>

1. Pécs Tudományegyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika

**Bevezetés:** Az 1980-as években valóra vált az endoszkópiával foglalkozók régi álma: az endoszkópos ultrahang (EUH) segítségével lehetőség nyílt „átlátni” a nyálkahártyán, és ezáltal a lumenen kívül elhelyezkedő szervekről is képet tudtak alkotni.

**Esetismertetés:** K.I. 1951-ben született, dohányos férfi beteg vizsgálata 2018-ban kezdődött fogyás és nyelészavar miatt. Mellkas röntgen vizsgálat a felső mediasztinum kiszélesedését írta le, amelyet radiológiai vélemény alapján okozhat struma, de térfoglalás gyanúja is felmerült. Vérköpés miatt végzett fül-orr-gégészeti szakvizsgálat a jobb gégefél mozgást renyhébbnek látta, de egyértelmű tumorszövetet nem látott. Bronchoszkópia során kis bedomborodás látszott a trachea alsó-középső harmadában, amelyet a folyamatos vérzés miatt megítélni nem tudtak. Akut mellkas-has CT történt, amely kiterjedt mediasztinális daganatot írt le trachea érintettséggel és nyelőcső diszlokációval, több szervi áttétellel. A disfágia és a bizonytalan kiindulási hely miatt özofago-gasztro-bulboszkópia is történt, ahol a proximális nyelőcsőben, a felső záróizom alatt több centiméter hosszán külső benyomat látszódott. Többféle mintavételi lehetőség is felmerült: perkután biopszia, mediasztinoszkópia, bronchoszkópia excízióval és TBNA-val, valamint EUH vezérelt finomtű aspirációs citológia (FNA). Mivel az eddigi diagnosztikus vizsgálatok során (bronchoszkópia, gasztroszkópia) mintavételre egyik esetben sem volt lehetőség, végül az orvosok EUH-FNA mellett döntöttek. EUH során látszott, hogy a nyelőcső benyomatot egy kb. 65x59 mm-es legnagyobb átmérőjű, hipoechogén, hiperechogén tokkal bíró terime okozta. A tok néhol

megszakadt, a terime a környezetét itt infiltrálta. A terime kb. 10%-ában nekrotikus bennék is volt. A teriméből 4 tümenetből, a nyelőcső nyálkahártyán keresztül EUS-FNA történt „slow pull” technikával. A citológia mintavétel során laphám karcinóma igazolódott, amely feltehetően tüdő eredetű. Az onkoteam onkológiai kezelést javasolt, azonban a beteg az onkológiai ambulancián nem jelent meg.

**Konklúzió:** A mediasztinális térfoglalások diagnózisa kihívást jelent a klinikus számára, részben a szerteágazó lehetséges kórok miatt, részben amiatt, hogy a létfontosságú struktúrához való közelség a mintavételt nehezíti. Az EUH szenzitivitása és specifikitása meghaladja a CT és az MR-ét, amely EUH-FNA-val még tovább növelhető. A mediasztinum vizsgálata során a malignitás gyanús eltérésekből nagy biztonsággal és pontossággal citológiai mintavétel is lehetséges (EUH-FNA).

#### 64. LIVER-RELATED MORTALITY IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C BEFORE AND AFTER THE DAA ERA- DATA FROM A NORTH-EAST HUNGARIAN REGION (2002-2022)

Lombay B.<sup>1</sup>, Szalay F.<sup>2</sup>

1. Department of Gastroenterology, Borsod County Central Teaching Hospital, Miskolc, Hungary; 2. Clinic of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** Liver cirrhosis is a common complication in chronic hepatitis C (CHC) patients and frequently associated with liver failure (LF) and hepatocellular carcinoma (HCC). Eradication of HCV by direct antiviral agents (DAA) can significantly reduce these complications and thereby the liver-related mortality, but slight Hungarian data are available.

**Aims:** To compare the liver-related mortalities and the prevalence of LF and HCC in cirrhotic patients in DAA-treated or non-treated patients in the last two decades.

**Methods:** From 2002-2022, we retrospectively analyzed the data of 178 CHC patients (66 male/112 female) with liver cirrhosis, which was proven by liver biopsy, Fibroscan or other non-invasive methods at baseline. Patients were divided into non-DAA and DAA treated groups. Each DAA treated patient became virus free indicating the successful virus eradication. We recorded the baseline demographic and anamnestic, and if happened, the previous non-DAA treatment data. We also registered the prevalence of LF and HCC in both groups and the duration of the follow-up.

**Results:** The overall liver-related mortality was 55% (64/75 in the non-DAA and 28/103 in the DAA group) at 36- and 48-months median follow-up. In non-DAA vs. DAA comparison, liver failure ( $\Sigma=98$ ) was detected in 81% vs. 35% ( $p<0.001$ ); the HCC rate was ( $\Sigma=42$ ) 36% vs. 15% ( $p=0.015$ ) and the mortality rate was ( $\Sigma=92$ ) 85% vs. 27% ( $p<0.001$ ). Forty non-DAA patients have not received previous interferon (IFN) therapy because of contraindications and none of the previously IFN-treated 24 patients achieved sustained virological response (SVR); it was 100% in the DAA group. Odds ratios (OR) for liver-related mortality were 58 (LF), 2.88 (HCC), 2.5 (male sex) and 1.24 (diabetes) in the non-DAA group. OR was 48 (LF+HCC), 31.6 (HCC), 8.6 (LF), 1.36 (diabetes) and 1.18 (age over 60 years) among the DAA patients, respectively.

**Conclusion:** According to published data, SVR achieved by DAA treatment significantly reduced the liver-related mortality in our cirrhotic CHC patients. Our data suggest that liver failure and hepatocellular carcinoma remain a remarkable complication after a successful eradication in CHC subjects and requires a long-time follow-up. Screening

for HCV has a great impact on the prevention of liver cirrhosis.

#### 65. RESULTS OF COLORECTAL CANCER SCREENING AT SEMMELWEIS UNIVERSITY

Longobardi S.<sup>1</sup>, Strelnikov D.<sup>1</sup>, IIsz. Belgyógyászati Klinika E.<sup>1</sup>, Sipos F.<sup>1</sup>, Németh A.<sup>1</sup>, Mihály E.<sup>1</sup>

1. Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University, 1088 Budapest, 46 Szentkirályi str; 2. 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, 1088 Budapest, 46 Szent királyi str

**Introduction:** In Hungary the incidence and mortality of colorectal carcinoma (CRC) is among the highest in the world. In 2019, a voluntary two-step screening program was implemented based on fecal occult blood testing and subsequent colonoscopy.

**Aims:** Examine the prevalence of polypoid lesions and CRCs in patients undergoing the two-step colorectal screening program at Semmelweis University, Department of Internal Medicine and Hematology during a one year period in 2019-2020.

**Methods:** Asymptomatic individuals from the age of 50 were invited to participate in the program: fecal occult blood test and if positive, colonoscopy. We evaluated the results obtained during colonoscopy, including the total number of polyps resected and their histological characteristics. Then, we calculated the total Adenoma Detection Rate (ADR) and compared it to the ADR of individual endoscopists, according to their age and experience. We calculated the incidence of CRC and compared them to national and international results.

**Results:** Total colonoscopy was performed in 168 patients (100 males, 68 females). The average age was 63.4 years. Eight patients were diagnosed with CRC. The total number of resected polyps was 264 (185 adenomas, 73 hyperplastic polyps, 1 juvenile polyp, 3 sessile serrated adenomas and 2 adenocarcinomas). Out of 185 adenomas, 140 were tubular, 35 tubulovillous and 10 villous; 15 with high grade dysplasia (8.1%) and 170 with low grade dysplasia (91.9%). The adenoma localizations were 37.30% in the sigmoid, 18.38% ascending colon, 15.68% rectum, 12.43% descending colon, 8.11% transverse colon and 8.11% in the cecum. The total Adenoma Detection Rate (ADR) was 57.1% spanning from 46.6%-72.2% based on the examiner. Eight CRCs were discovered (4.76%), 6 (75%) were in the rectosigmoid and 2 (25%) were in the remaining colon. The average age of CRC patients was 63.9 years (56-68 years) with slight female predominance (5 females, 3 males).

**Conclusion:** The incidence of CRCs in our population was 4.76% compared to 5.9% in a study conducted in Csongrád county, Hungary in 2015. 75% were in the rectosigmoid area, while 25% were in the remaining colon. The total ADR in our study was 57.1% which is higher than the recommended 25% for adequate screening colonoscopy. Out of 264 resected polyps, 8.1% were adenomas with high grade dysplasia and 0.76% contained CRC. Hungary would benefit from continuing the nationalized screening program.

#### 66. NON-MEDICAL SWITCH BETWEEN ADALIMUMAB BIOSIMILARS AND FROM THE ORIGINATOR TO BIOSIMILARS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE PATIENTS – A MULTICENTRE STUDY ON EFFICACY AND DRUG SUSTAINABILITY

Lontai L.<sup>1</sup>, Gonczi L.<sup>1</sup>, Balogh F.<sup>1</sup>, Komlodi N.<sup>1</sup>, Resal T.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Molnar T.<sup>2</sup>, Golovics P.<sup>3</sup>, Schafer E.<sup>3</sup>, Szamosi T.<sup>3</sup>, Miheller P.<sup>4</sup>, Ilias A.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>5</sup>

1. Department of Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. Department of Gastroenterology, Hungarian Defence Forces - Medical Centre, Budapest, Hungary; 4. Department of Surgery and Interventional Gastroenterology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Department of Gastroenterology, McGill University Health Center, Montréal, Canada

**Introduction:** The use of biosimilar adalimumab (ADA) is effective and safe in inflammatory bowel disease (IBD), although clinical data on switching between ADA biosimilars is still rare. At the end of 2020, a non-medical switch to biosimilar ADA became mandatory in Hungary due to reimbursement policy changes of the National Health Insurance Fund of Hungary (NEAK).

**Aims:** The aim of the present study was to evaluate short- and medium term clinical efficacy, drug sustainability and safety comparing non-medical switches from the originator to biosimilar ADA, and between ADA biosimilars.

**Methods:** 246 consecutive patients on maintenance ADA therapy (n=181 Crohn's disease [CD] and n=65 ulcerative colitis [UC], male/ female: 44%/56%, median disease duration: 10years(y) (IQR: 10–16)) were included from 4 IBD centers between September 2019 and December 2020. Data on clinical efficacy, using Crohn's Disease Activity Index (CDAI) and partial Mayo Score (pMayo), laboratory parameters (C-reactive protein – CRP) and adverse events were collected at 8–12 weeks prior switch, at baseline, and 8–12 weeks, 20–24 weeks after switch. Drug sustainability following the switch was evaluated after a median of 41 weeks (IQR: 35–42) follow-up time.

**Results:** A total of 246 IBD patients (n=153 patients [115CD/38UC, median age: 38y(IQR: 27–45)] and n=93 patients [66CD/27UC, 32y(IQR: 26–40.5)] underwent a non-medical switch from the originator to a biosimilar, and biosimilar to biosimilar. No significant difference was found in the proportion of patients in clinical remission at week 8–12 prior switch / switch / week 8–12 and week 20–24 in either patients switched from originator to biosimilar (86.8% / 88.2% / 86.0% / 85.0%; p=0.87 among groups) or biosimilar to biosimilar (72.0% / 77.4% / 84.9% / 77.6%; p=0.21). 89.2% and 83.1% of patients who were in clinical remission at switch/baseline sustained clinical remission up to week 20–24 in the first and second cohorts. Mean CRP levels were also unchanged during follow-up in both cohorts (p=0.71 and p=0.94). Drug survival was similar between originator to biosimilar and biosimilar to biosimilar switch cohorts, with a probability of 90.6% (SE: 2.4) and 85.8% (SE:3.7) to stay on drug after 40 weeks (log-rank: p=0.271). Two cases of skin reactions were registered as adverse events, one leading to treatment discontinuation.

**Conclusion:** Clinical remission was sustained following non-medical switch from originator or biosimilar adalimumab to a biosimilar in IBD patients. Medium-term drug sustainability following the switch was high, and comparable between patients with an originator to biosimilar and a biosimilar to biosimilar switch.

#### 67. DISEASE MONITORING STRATEGY IN A PROSPECTIVE COHORT FROM A TERTIARY IBD CENTRE FROM HUNGARY: IS OBJECTIVE MONITORING STILL TAILURED TO THE PRESENCE OF CLINICAL SYMPTOMS?

Lontai L.<sup>1</sup>, Kürti Z.<sup>1</sup>, Gönczi L.<sup>1</sup>, Balogh F.<sup>1</sup>, Komlódi N.<sup>1</sup>, Iliás Á.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>1,2</sup>

1. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Division of

Gastroenterology, McGill University Health Center, Montreal, Quebec, Canada

**Introduction:** Emerging data suggest that a treat-to-target approach and early therapeutic intervention using regular objective disease assessment leads to improved outcomes.

**Aims:** Our aim was to evaluate the value of objective disease monitoring during regular follow-up in a single tertiary IBD center.

**Methods:** : Consecutive IBD patients (n=161;CD:118/UC:43; biological therapy: 70%) were included and followed up for 1 year between 01.2018-12.2019. Data on clinical disease activity, biomarkers, endoscopy, imaging, outpatient visits, treatment optimization, hospitalization or surgery were collected. We compared monitoring strategy according to the clinical activity (remission/flare/post-flare/continuous activity) every 3-months (assessment period).

**Results:** In total, n=644 assessment periods were evaluated. Biomarkers were evaluated in 82.9-83.9% of patients in each assessment period regardless of clinical activity. Colonoscopy was more frequently performed in active disease (flare/continuous disease activity in 21.1%/18.9% vs 10.1% in clinical remission per assessment period). MRI was performed in 7.7-16.7%/period in CD patients, while the use of CT was low (2.4%/period) and mainly performed in active disease. Treatment optimization was more frequent in patients with active disease (biological start/dose optimization: 31.1%/33.8%/period, steroid start:13.2%/period). Patients with continuous activity (2.62), flare (2.45), post-flare (2.05) had higher visit counts compared to patients in remission (1.68 /period).

**Conclusion:** Objective monitoring strategy was adapted to the clinical stage of the disease in this referral IBD cohort with routine assessment by clinical activity, biomarkers, colonoscopy and MRI even in patients in remission. CT was reserved for acute events, while the use of US was relatively low. Objective monitoring resulted in early optimization of medical therapy.

#### 68. RESULTS WITH MAGNETICALLY CONTROLLED CAPSULE ENDOSCOPY COMBINED WITH REAL-TIME AI-LESION DETECTION IN PATIENTS WITH UNINVESTIGATED DYSPESIA: A PROSPECTIVE STUDY

Lovasz B.<sup>1,2</sup>, Finta A.<sup>3</sup>, Szalai M.<sup>3</sup>, Helle K.<sup>4</sup>, Oczella L.<sup>3</sup>, Rosztoczy A.<sup>4</sup>, Madacsy L.<sup>3</sup>

1. Institute of Applied Health Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Endo-Kapszula Health Center and Endoscopy Unit, Székesfehérvár, Hungary; 4. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Background:** Capsule endoscopy is the gold standard, non-invasive method for examining the small bowel. The new, robotically maneuvered and magnetically controlled capsule endoscopy (MCCE) system (Ankon, ANX Robotics) has been developed to investigate esophageal, gastric and duodenal disorders.

**Aim:** To analyze the feasibility and efficacy of the Ankon MCCE system in outpatients under the age of 40, referred to our endoscopy center because of uninvestigated dyspepsia and in whom routine upper GI endoscopy was not indicated.

**Patients and methods:** Patients with symptoms of uninvestigated dyspepsia and without any alarm symptoms for malignancies were examined between September 2017

and January 2021 with MCCE system after *H. pylori* UBT C13 test. The capsule was stationed in the distal esophagus magnetically, and then, the stomach was examined by manual control and all three standardized, pre-programmed algorithms. Patients received simethicone, Pronase B, and 10-12 dl of clear water to optimize gastric cleanliness and distension.

**Results:** A total of 270 patients were examined (mean age: 38 years, F/M: 108/162). A real-time, artificial intelligence-based focal lesion detection software was applied during MCCE examination. *H. pylori* positivity was detected in 28.6% of patients. MCCE of the upper GI tract was negative in 40 patients (14.8%) and depicted only minimal gastritis in 102 patients (37.8%). Other abnormalities were visualized by MCCE as follows: erosive GERD in 73 (27%), short Barrett metaplasia in 6 (2.2%), erosive or active antral gastritis in 76 patients (28.1%), duodenal-gastric bile reflux in 45 patients (16.7%), foveolar hyperplasia in 25 patients (9.2%), solitary gastric polypoid lesions in 9 patients (3.3%), proximal corpus gastritis in 6 patients (2.2%), gastric ulcer in 5 patients (1.9%), suspected intestinal metaplasia in 4 patients (1.5%), vascular abnormalities in 3 patients (1.1%) (AVM, PHG), and focal early malignant flat gastric lesion in 1 patient (0.3%). If a significant lesion (severe inflammation, ulcer, large polyp, or suspicion of malignancy) appeared during the MCCE procedure, traditional gastroscopy for histological sample was performed on the same day in 31 cases (11.5%). Based on the patient's symptoms, anti-acid, prokinetic medication was prescribed, and the patient was reassigned for follow-up. Endoscopy was done within 3 months if the patient did not respond to the therapy.

**Conclusions:** MCCE is a feasible and effective method for non-invasively visualizing the entire mucosal surface of the upper GI tract in patients with uninvestigated dyspepsia. This examination can provide a paradigm shift of upper GI diagnosis and screening programs without patient discomfort and sedation. It can help to reduce the morbidity and mortality of gastric diseases.

#### 69. COVID INFECTION AND SEROCONVERSION IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE PATIENTS

Miheller P.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Csontos Á.<sup>1</sup>, Sárközi M.<sup>1</sup>, Cseppek Á.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University

**Background:** Data about the effect of different immunosuppressive treatments of IBD patients on seroconversion and to different SARS-CoV-2 vaccinations are scarce. To avoid impaired vaccine responses and worse outcome of COVID-19, factors attenuating protective immunity should be sought.

**Methods:** Anti SARS-CoV-2S antibody levels of IBD patients in remission were measured by immunoassay (Roche) before vaccination and on the second week. Antibody responses were compared among different treatment groups (biologics, combination, azathioprin, without immunomodulation) and between mRNA and other type of vaccines. Anti TNF alpha levels were also assessed 24 hours before vaccination considering correlation with seroconversion.

**Results:** Thirty-eight (31.7%) ulcerative colitis and eighty-two (68.2%) Crohn's disease patients were included (median age 39.1 years, 53.3% female). No serious comorbidities were present. Eighty-two patients (68.3%) were on biological therapy, fifty-two (43%) were treated with azathioprine alone or in combination. Two doses of mRNA vaccines were administered to ninety-eight patients ((81,7%) Moderna: 20,

Pfizer: 78). The other type of vaccines were AstraZeneca (16) Sputnik V (3) and Sinopharm (3). The median anti-SARS-CoV-2S antibody level was 2733 U/mL (IQR: 535-7764) on the 14th day after vaccination (IQR: 14-17). Significant differences were revealed between the groups of patients treated with biological agents or non-biological therapy (median: 1649 U/ml vs. 5711.5 U/ml; p=0.013) and between patients receiving mRNA and non-mRNA vaccine (median: 3367.5 U/ml vs. 392.6 U/ml; p<0.001). Considering the varying effect of immunosuppression related to combination therapy, biological drugs, azathioprin and other non-immunomodulating treatments antibody response were assessed in these groups also. The median antibody levels were 850,5 U/ml (IQR: 251.0-4899.5), 1837 U/ml (IQR: 544.5-5902), 3141 U/ml (IQR: 1066-7988), 7764 U/ml (IQR: 5601-13808) demonstrating significant differences among them (p<0.001). No correlation between anti-TNF-alpha serum level and antibody response were found.

**Discussion:** Although all vaccines cause seroconversion in IBD patients who are in remission, the rate of seroconversion is lower in patients treated with immunosuppressant, biological agent or combo therapy or receiving non-mRNA vaccines. As the level of anti-TNF-alpha agents do not affect the rate of seroconversion there is probably no need for matching the time of vaccination and anti-TNF therapy.

#### 70. ENDOCRINE AND EXOCRINE INSUFFICIENCY AFTER A 2-YEAR FOLLOW-UP OF ACUTE PANCREATITIS: PRELIMINARY RESULTS OF THE GOULASH-PLUS STUDY

Mikó A.<sup>1,2</sup>, Kató D.<sup>1</sup>, Lillik V.<sup>1</sup>, Verbói M.<sup>1</sup>, Sarlós P.<sup>3</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>, Kovács A.<sup>4</sup>, Sztrikovics S.<sup>4</sup>, Müller É.<sup>4</sup>, Bódis B.<sup>5</sup>, Gajdán L.<sup>6</sup>, Izbéki F.<sup>6</sup>, Hegyi P.<sup>1,7,8,9</sup>

1. Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Medical School, Hungary; 2. Department of Medical Genetics, University of Pécs, Medical School, Hungary; 3. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Medical School, Hungary; 4. Department of Radiology, University of Pécs, Medical School, Hungary; 5. Division of Endocrinology and Metabolism First Department of Medicine, University of Pécs, Medical School, Hungary; 6. Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 7. Center for Translational Medicine, Semmelweis University, Hungary; 8. János Szentágothai Research Center, University of Pécs, Hungary; 9. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Hungary

**Introduction:** Acute pancreatitis (AP) can lead to late complications, such as recurrent acute pancreatitis (RAP) and chronic pancreatitis (CP). Diabetes mellitus (DM) and exocrine insufficiency (PEI) is often detected after AP.

**Aims:** Our aim is to analyze the rate of DM and PEI after AP.

**Methods:** GOULASH-PLUS is a 6-year observational study of AP, of which data of 224 patients from the first and 112 from the second year follow-up were analyzed. Each year oral glucose tolerance test (OGTT) was performed to detect newly DM, and a stool elastase test to measure PEI. Patients were grouped based on pre-existing CP, severity and RAP.

**Results:** Newly diagnosed DM was 25% (n=4) in the CP and 16% (n=28) in the non-CP group in the first year. These were 45% (n=5) and 8% (n=7) in the second year respectively. In the non-CP group, likely a higher rate of newly DM could be shown in severe AP than mild AP (15% vs 30%) in the first year.

PEI was newly diagnosed in 44% (n=8) in the pre-CP group and 10% (n=19) in the non-CP group in first year and it was 27% (n=3) and 5,5% (n=5) in the second year respectively. In the non-CP group the rate of PEI was likely higher in the patients who suffered from 2 or more RAP than without RAP (37% vs 7%), and for the second year more patients developed PEI, who suffered from moderate or severe AP, than mild AP (32% vs 40 vs 10%).

**Conclusion:** In our study population during the 2-year follow-up newly DM and PEI was prone to be detected more frequently in patients with moderate to severe AP. PEI also tended to occur more often after more AP attacks. In patients with preexistent CP both DM and PEI occurred more often. It is important to follow-up patients after AP.

## 71. VIGYÁZZUNK EGYMÁSRA!

Mogyorósiné Medgyesi E.<sup>1</sup>

1. BAZ Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Gasztroenterológiai Szakrendelés

Rohanó világunkban előfordulhatnak olyan balesetek amelynek visszafordíthatatlan következményei lehetnek.

Vegyszerek lenyelése következtében a nyelőcső és gyomor sérülései a páciens életminőségét nagyban rontják.

Olyan megoldásokról, beavatkozásokról szeretnék beszélni amik ezen romló egészségi állapotot javítják.

Egy útról a kezdetekről egészen az emissióig.

Fontosnak tartom a vegyszerek tárolásáról, lenyelés esetén az akut ellátásról való ismeretét.

Valós veszélyekre szeretném felhívni a figyelmet-ilyen is megtörténhet!

Előadásomban az általunk alkalmazott különböző diagnosztikus és terápiás eszközöket és technikákat, az ezekkel kapcsolatos feladatainkat tekintem át asszisztensi szempontból.

## 72. DEFINING THE HUMAN COLON ORGANOID'S CYTOKINE PATTERN IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Molnár T.<sup>1,2</sup>, Jójárt B.<sup>1,2,4</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Szántó K.<sup>1</sup>, Kata D.<sup>5</sup>, Földesi I.<sup>5</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3,4</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>

1. University of Szeged, Faculty of Medicine, First Department of Medicine; 2. Hungarian Academy of Science - University of Szeged Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group; 3. University of Szeged, Faculty of Medicine, Department of Public Health; 4. Hungarian Centre of Excellence of Molecular Medicine – University of Szeged Molecular Gastroenterology Research Group; 5. University of Szeged, Faculty of Medicine, Institute of Laboratory Medicine

**Introduction:** Inflammatory bowel diseases (IBD) are characterized by chronic inflammation of the gastrointestinal tract which is associated with imbalanced pro- and anti-inflammatory cytokines. Anti-TNF- $\alpha$  therapy is widely used, but 10-30% of the patients are primarily not responding to the treatment or lose response over time. *In vitro* organoid cultures (OCs) generated from tissue specific adult stem cells can mimic cellular diversity and function of the organ of origin and might be used as a predictive tool for patient specific therapeutic response. However, the reductionist nature of the OCs and lack of knowledge about the proper representation of the disease features currently limit the utilization of the OCs as *ex vivo* IBD models.

**Aims:** Therefore our aims were to determine and compare cytokine profiles of colonic biopsies collected from IBD patients and OCs generated from the same biopsies, and to follow the changes of cytokine expression over time.

**Methods:** In this study samples from 20 IBD and 8 non-IBD patients were used. Biopsies were taken during colonoscopy from inflamed part of the colon of IBD patients. Crypts were isolated from biopsy samples to establish colon OCs. Cytokine Array was used to determine cytokine expression patterns in our samples. Gene expressions of control and IBD OCs after first passage was compared by qPCR. TNF- $\alpha$  concentrations and cellular expression was determined by ELISA and immunostainings, respectively in control and IBD OCs. To determine therapeutic response OCs were treated with anti-TNF- $\alpha$  therapy.

**Results:** Cytokine patterns of colon biopsies and OCs were remarkably similar until the first passage. The major pro-inflammatory cytokines, IL-32- $\alpha$ , IL-6, IL-8, were detected both in biopsies and OCs. After second passage the cytokine expression decreased or disappeared in OCs. TNF- $\alpha$  was also measurable in the OCs, however a similar decrease was observed, which was also confirmed by immunostaining. Gene expression analysis in IBD OCs showed an increased TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$  and IL-6 levels compared to healthy control OCs after first passage. ELISA also showed higher TNF- $\alpha$  concentration in organoids from inflamed origin compared to controls. After anti-TNF- $\alpha$  treatment we detected a decrease in the IL-6 gene expression in treated OCs.

**Conclusion:** Our results suggest that colon OCs maintain the cytokine expression *ex vivo* until the 2<sup>nd</sup> passage and show inflammatory characteristics. Moreover, *in vitro* treatment induces changes in the cytokine expression. Based on these results the utility of patient-derived organoids to predict the therapeutic response can be investigated.

## 73. FORMALDEHID ALKALMAZÁSA IRRADIÁCIÓS PROCTITISBEN

Molnár T.<sup>1</sup>, Nagyné Budai N.<sup>1</sup>, Maksa M.<sup>1</sup>, Szász-Veress E.<sup>1</sup>, Tóth A.<sup>1</sup>, Keserü A.<sup>1</sup>, Varga R.<sup>1</sup>, Sendula E.<sup>1</sup>, Székely A.<sup>1</sup>, Horváth L.<sup>1</sup>, Fejes R.<sup>1</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>

1. Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház I. Belgyógyászat Endoszkópos Laboratórium

**Introduction:** A kismedencét érő sugárkezelést követően az esetek 2-5%-ában súlyos idült irradiációs proctitis alakulhat ki. Ennek a leggyakoribb tünete a vérszékelés, ami vérszegénységet is okozhat. Az esetek többségében a gyulladás lokálisan alkalmazott gyulladáscsökkentőkkel (5-ASA, szteroid kezelhető). Néhány makacs esetben argonplasma coaguláció, vagy egyéb endoszkópos vérszécsillapítási kezelések alkalmazására kényszerülünk. A esetünkkel a formaldehid eredményes alkalmazását mutatjuk be.

**Methods:** A vérszékelés miatt vizsgálat betegünk prosztata tumor miatt részesült sugárkezelésben 2 évvel korábban. Az endoszkópos kép idült irradiációs proctitisnek felelt meg, amit a szövettani vizsgálat is megerősített. Mesalasin és budesonid hab alkalmazása ellenére vérzés ismétlődött, és ércsonkos fekély is kialakult, melynek endoszkópos kezelése (adrenalinus infiltrálás és klip) megtörtént, de a vérzések továbbra is ismétlődtek, ami transzfúziót igénylő vérszegénységet okozott. A vérzés további endoszkópos megoldására APC kezelést alkalmaztunk összesen 9 alkalommal, de a vérzés továbbra is ismétlődött, ezért lokális szteroid beöntéseket kezdtünk, ami érdemi javulást nem eredményezett, ráadásul a beteg cukorbetegsége is súlyosbodott. Ekkor 10 ml 4%-os formaldehid lokális endoszkópos instilláltunk és 10 perc múlva vízzel lemestük. Lokális hatás rögtön látható volt, de a vérzések száma inkább szaporodott. Ezt követően 10 ml 8%-os formaldehidet alkalmaztunk 4-5 perces behatási idővel. Ezt a kezelést 4

egymás utáni napon keresztül végeztük, ami jelentős javulást eredményezett. Egy hónap múlva, a kontroll során és további egy hónap múlva 1 alkalommal alkalmaztunk 8% formalinos instillálást. Ennek hatására a beteg vérzése megszűnt és több mint fél éve mesalazin kúp mellett nem ismétlődött. Kontroll vizsgálat során a rectum nyálkahártya endoszkópos képe jelentősen javult.

**Results:** Ezt a kezelést 4 egymás utáni napon keresztül végeztük, ami jelentős javulást eredményezett. Egy hónap múlva, a kontroll során és további egy hónap múlva 1 alkalommal alkalmaztunk 8% formalinos instillálást. Ennek hatására a beteg vérzése megszűnt és több mint fél éve mesalazin kúp mellett nem ismétlődött. Kontroll vizsgálat során a rectum nyálkahártya endoszkópos képe jelentősen javult.

**Conclusion:** A gyógyszeres kezelésre nem javuló esetekben a formaldehid endoszkópos lokális instillációja hatékony és biztonságos megoldást jelenthet az irradiációs proctitis esetében. A kezelés során a fájdalom volt a legjelentősebb mellékhatás, amit lokálisan alkalmazott Lidocainnal nem tudtunk érdemben enyhíteni.

#### 74. PYODERMA GANGRENOSUM KEZELÉSE IBD CENTRUMUNKBAN INFLIXIMAB TERÁPIÁVAL

Molnár E.<sup>1</sup>, Schäfer E.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>2</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia Osztály; 2. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, II. sz. Sebészeti Osztály

**Bevezetés:** A pyoderma gangrenosum a bőrt érintő fekélyes elváltozás, mely a gyulladásos bélbetegségek egyik leggyakoribb extraintesztinális manifesztációja. A lézió papulák, vagy pustulák formájában kezdődik, melyek progressiójával fájdalmas, mély fekélyek keletkeznek. Pyoderma gangrenosum a gyulladásos bélbetegék 0,5-5%-nál fordul elő, dominánsan a lábszáron, de bárhol, pl. a sztóma közelében is megjelenhet.

**Cél:** Esetbemutatással szeretnénk felhívni a figyelmet a pyoderma gangrenosum korai diagnózisának fontosságára és a biológiai terápia szerepére.

**Módszer:** Két, más intézményben gondozott, centrumunkba átvett páciens kórházi kezelését hasonlítottuk összes. Mindkét betegnél aktivitási tünetek kíséretében jelentkezett a major analgetikus terápiát igénylő, gyorsan progrediáló fekélyes elváltozás. Közös jellemző volt a korábbi szteroid kezelésre adott refrakter válasz, megelőzően biológiai terápiában nem részesültek.

Első betegünket lábszárfekély okozta széptikus állapot, colitis ulcerosa akut shubja miatt vettük át centrumunkba. 58 napig hospitalizáltuk, 32 napig antibiotikus kezelésben részesült, parenterális táplálás és 10 egység vörösvértest koncentrátum transzfúziója történt. Konzervatív kezelés hatástalansága miatt necrectomia, negatív nyomású terápia és bőrtranszplantáció vált szükségessé. 39. napon döntöttünk infliximab biológiai terápia indukció mellett.

A második betegét Crohn betegség aktivitási tünetei, mozgását jelentősen korlátozó bokatáji fekélyes elváltozás miatt vettük át centrumunkba. 15 napot tartózkodott kórházban, 5 napig kapott antibiotikus kezelést, 3 egység vörösvértest koncentrátum transzfúziót igényelt. 7. napon történt biológiai terápia indukció.

**Eredmény:** Mindkét betegnél multidiszciplináris team döntése alapján infliximab indukció történt, melyet az intesztinális- és extraintesztinális tünetek együttesen indokoltak. Összehasonlításképp, második betegünknel a korábban felállított diagnózis és infliximab indukció

következtében az intesztinális-és extraintesztinális tünetek gyógyhajlama kedvezőbbnek bizonyult, jelentősen csökkent az ápolási napok száma, az antibiotízis hosszúsága, a transzfúziós és parenterális táplálási igény.

**Következtetés:** Gyulladásos bélbetegéknél megjelenő fekélyes bőrelváltozások esetén gondolni kell pyoderma gangrenosum lehetőségére, mely esetén TNF-alfa indukciós kezelés mérlegelendő.

#### 75. SARS-COV 19 ELLENI OLTÁS UTÁNI SZEROLÓGIAI EREDMÉNYEK IBD-S GYERMEKEKBEN

Müller K.<sup>1,2</sup>, Dohos D.<sup>1,2</sup>, Gombos E.<sup>1</sup>, Szabó A.<sup>1</sup>, Szentannay J.<sup>1</sup>, Páncsics A.<sup>1,3</sup>, Rimanóczy É.<sup>1</sup>, Karoliny A.<sup>1</sup>

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

**Bevezetés:** Az IBD-s betegek oltásra adott válasza aktív betegség, illetve az alkalmazott kezelés következtében alacsonyabb lehet. A válaszreakció eltérő lehet attól függően, hogy milyen kórokozó ellen, milyen vakcinával történik az immunizáció.

**Cél:** Vizsgálatunk célja az volt, hogy kövessük a centrumunkban gondozott IBD-s gyermekek oltásra adott választ.

**Módszerek:** Egy centrumban végzett prospektív obszervációs vizsgálat. A centrumunkban gondozott IBD-s gyermekeket vontunk be a vizsgálatba, akik SARS-CoV 19 ellen kaptak Comirnaty vakcinát, és beleegyeztek a soron kívüli vérvételekbe. Vérvétel történt az oltás beadása előtt, illetve a második után 14 nappal, 2 hónappal és 5 hónappal. Az első vérmintából nukleokapszid és spike protein ellen antitest (IgG) meghatározás, a későbbi mintákból spike protein ellenes antitest (IgG) meghatározás történt.

**Eredmények:** Eredmények: Összesen 24 gyermeket vontunk be a vizsgálatba, közülük 15 Crohn-beteg, 8 colitis ulcerosus és 1 gyermeknél a diagnózis IBD-U (átlagéletkor 15,6 év, fiú: 10). Közülük 12 esett át koronavírus betegségen, az oltás idején a nukleokapszid antitest pozitivitását 6 gyermeknél tapasztaltuk, és további 5-nél volt kétes. Jelenleg 23 gyermek eredményei készültek az oltás után két héttel, 20/23 gyermek spike protein ellenes antitest szintje 250 IU/l feletti tartományban, egy gyermeknél nem láttunk antitest szint emelkedést. Két hónapos kontroll vérvételnél 21/23 gyermeknél a spike protein ellenes antitest szintje 250 IU/l feletti, két gyermeknél pedig 214 és 217 IU/l antitest szintet láttunk. A második oltás után öt hónappal 11/19 gyermek spike protein ellenes antitest szintje továbbra is 250 IU/l feletti tartományban mértük, míg hat gyermeknek 250 IU/L alá csökkent antitest szintje.

**Következtetés:** Az IBD-s gyermekeknel az oltás után kielégítő választ látunk két oltás után, azonban fél évvel később csökkenni kezdett az ellenanyag szint.

#### 76. SZOKATLAN EXTRAINTESTINÁLIS MANIFESZTÁCIÓ CROHN-BETEGSÉGBEN

Müllner K.<sup>1</sup>, Hídvégi B.<sup>2</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Patai Á.<sup>1</sup>, Vilmos F.<sup>1</sup>, Werling K.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar; 2. Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar

**Bevezetés:** Crohn-betegségben gyakran fordulnak elő bőreltérések, részben az extraintesztinális manifesztációk részeként (pl. erythema nodosum, pyoderma gangrenosum), részben infektológiai okokból, vagy ritkán az

immunszuppresszáns kezelés nyomán kialakuló eltérések formájában.

**Esetismertetés:** 43 éves nőbeteget biológiai terápia irányában referálták klinikánkra, szteroid kezelésre nem javuló súlyos ileocolonikus érintettséggel járó Crohn-betegség miatt. Felvételét megelőzően bőrgyógyász kollégák bőrbíopsziával igazolt bullosus pemphigoid miatt szteroid, majd metotrexát kezelést indítottak. A súlyos bőrtünetekkel párhuzamosan az IBD aktivitási tünetek is fokozódtak. A szteroid + metotrexát kezelés nyomán a bőrtünetek fokozatos javulása indult el, ám a hasmenéses panaszok nem mérséklődtek. Átvételét követően kontraindikációk kizárása nyomán infliximab kezelést indítottunk.

Az indukciós kezelés mellett javulást tapasztaltunk mind a bőrtünetek vonatkozásában, mind Crohn-colitis aktivitás tekintetében, ám későbbiekben már érdemi javulást nem észleltünk, és a szteroid leépítése sem volt kivihető. Emiatt felmerült terápia váltás lehetősége. Az irodalmi adatokat áttekintve több biológiai terápiás szer vonatkozásában leírták a fenti bőreltérést mellékhatásként is, amely azonban esetünkben már a biológiai kezelés megkezdése előtt is jelentkezett.

Bőrgyógyászati konzíliummal egyetértésben a kezdeti infliximab kezelés folytatása mellett döntöttünk, amely fenntartó kezelés végül mind a bőr, mind az intesztinális tünetek szempontjából végül fokozatos javulást eredményezett.

**Összefoglalás:** A bemutatott esetünk arra hívja fel a figyelmet, hogy a bullosus pemphigoid mind az IBD-hez társuló autoimmun körképéknél, mind az IBD kezelésében alkalmazott biológiai terápiás szerek mellékhatásaként előfordulhat. A fentiek figyelembe vétele megfontolt terápiás döntéseket tesz szükségessé, a gyakori kezelés váltások mellőzésével, a betegek interdiszciplináris teamban történő ellátásával.

#### 77. EFFECT INVESTIGATION OF LAG TIME BETWEEN THE START OF DIAGNOSTIC PROCEDURE AND TREATMENT OF PANCREATIC CANCER PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Németh A.<sup>1,2</sup>, Stefania B.<sup>1,2,5,6</sup>, Veres D.<sup>1,8</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>, Bognár S.<sup>1,2</sup>, Tarján D.<sup>1,2</sup>, Imrei M.<sup>1,7</sup>, Sóti D.<sup>1</sup>, Márta\* K.<sup>1,2</sup>, Hegyi\* P.<sup>1,2,3,4</sup>

1. Center for Translational Medicine, Semmelweis University; 2. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. János Szentágothai Research Center, University of Pécs; 5. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania; 6. Fundeni Clinical Institute, Bucharest, Romania; 7. Heim Pál National Pediatric Institute; 8. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University

**Introduction:** Pancreatic cancer (PC) is highly aggressive with a 5-year mortality that almost matches the incidence. In current practice the length of diagnostic procedure can take up to 50 days. As PC is a rapidly progressing disease, this delay might strongly affect prognosis.

**Aims:** We investigated if the time interval from the start of diagnostic procedure to therapy initiation (DgT) or from symptoms onset to diagnosis (SDg) (early versus (vs.) late), influences the prognosis of PC patients by performing a systematic review and meta-analysis.

**Methods:** Our protocol was previously submitted on PROSPERO (CRD: 282619 ) We systematically screened Pubmed, Embase and Central from 1st of January 2005 to 16th of October, 2021. without other filters. Eligible studies

compared prognosis, reported as overall (OS) or progression-free survival (PFS) of PC patients with shorter vs longer DgT and SDg intervals at various thresholds. The random effect model yielded the pooled hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (CI).

**Results:** Altogether 23 articles (80542 patients) out of the 21632 were eligible. DgT interval length and disease stage varied across the studies. We analyzed the association between time from DgT and OS at different thresholds including all disease stages (2 weeks: HR=0,99; 95%CI: 0,98-1,01, I<sup>2</sup> = 4% , 4 weeks: HR=1,02; 95%CI: 0,97-1,07, I<sup>2</sup>=68%, 6 weeks: HR=1,00; 95%CI: 0,97-1,03; I<sup>2</sup>=54%, 8 weeks: HR= 1,05; 95%CI: 0,94-1,17, I<sup>2</sup>=84%) and found no significant differences. The results for the resectable cases were similar. There was no significant association between SDg delay at 4 week threshold and OS for various stages of PC (HR=1,00; 95%CI: 0,99-1,03), suggesting that the start of therapy is too late in these time windows.

**Conclusion:** The outcome of pancreatic cancer can no longer be influenced by shortening the time in therapies started later than two weeks after diagnosis. Further studies are needed to determine what the time window is in the first 14 days in which the outcome of the disease can be improved by accelerating the start of therapy.

#### 78. MUTATIONS IN THE 5' UPSTREAM REGION OF CHYMOTRYPSINOGEN C GENE ARE NOT ASSOCIATED WITH CHRONIC PANCREATITIS

Németh B.<sup>1</sup>, Madarász R.<sup>1</sup>, Nagy A.<sup>1</sup>, Sándor M.<sup>1</sup>, Stefanovics R.<sup>1</sup>, Karamya Z.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Farkas G.<sup>2</sup>, Izbéki F.<sup>3</sup>, Czákó L.<sup>1</sup>, Szmola R.<sup>4</sup>, Gervain J.<sup>3</sup>, Gódi S.<sup>5</sup>, Szentesi A.<sup>6</sup>, Szűcs Á.<sup>7</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>8</sup>, Hegyi P.<sup>6,9</sup>

1. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Department of Surgery, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary; 4. Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary; 5. First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 7. First Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 8. University of California Los Angeles, Department of Surgery, Los Angeles, CA, USA; 9. Centre for Translational Medicine and Division for Pancreatic Disorders, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** Chymotrypsinogen C (*CTRC*) plays a significant role in regulating trypsinogen activation. Early activation of trypsinogen inside the pancreas is a key molecular mechanism in the pathogenesis of pancreatitis that results in self-digestion and local inflammation of the organ. Loss-of-function mutations in the *CTRC* gene encoding Chymotrypsinogen C impair either the catalytic activity or the expression of the enzyme. Impaired expression of *CTRC* might be caused by variants in the 5' upstream region, however, this region of the gene was not investigated yet.

**Aims:** Our aim was to sequence the 5' upstream region of the *CTRC* gene in patients and controls in order to identify variants that may predispose to chronic pancreatitis.

**Methods:** We selected 125 patients with non-alcoholic (NACP), 168 patients with alcoholic chronic pancreatitis (ACP) and 400 controls recruited by the Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG – <https://tm-centre.org>). Mutations within the ~1.4 kb *CTRC* 5' upstream region were analyzed by Sanger sequencing.

**Results:** We found 2 common polymorphisms (c.-913A>G and c.-811G>A) and 12 further variants (c.-1331T>A, c.-999G>A, c.-993G>T, c.-755G>A, c.-590G>T, c.-379G>A, c.-314AAAT[5], c.-296T>A, c.-265G>A, c.-92C>T, c.-59C>T, c.-55C>G) in the ~1.4 kb long 5' upstream region of the *CTRC* gene. Using the recessive inheritance model the c.-913A>G variant was significantly accumulated in all groups of patients compared to controls ( $p=0.005-0.03$ , OR= 1.6-1.7, 95% CI: 1.1-2.7). We revealed that haplotypes carrying the known pathogenic variant c.180C>T were always carried the promoter variant c.-913A>G. In addition, haplotypes containing the c.-913A>G variant without the c.180C>T mutation were not accumulated in patients or in controls.

**Conclusion:** The identified genetic variants in the 1.4 kb long 5' upstream region of the *CTRC* gene are not associated with chronic pancreatitis. Accumulation of the c.-913A>G variant in patients can be explained by its linkage with the known pathogenic c.180C>T mutation.

### 79. ONE IN FOUR PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL BLEEDING DEVELOPS SHOCK OR HAEMODYNAMIC INSTABILITY: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Obeidat M.<sup>1,2</sup>, Teutsch B.<sup>1,2</sup>, Rancz A.<sup>1</sup>, Tari E.<sup>2</sup>, Márta K.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1,4</sup>, Hosszúfalusi N.<sup>1,5</sup>, Mihaly E.<sup>1,6</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>, Eröss B.<sup>1,2,3</sup>

1. Centre for Translation Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 3. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Third Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Medical School, Budapest, Hungary; 6. Second Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Medical School, Budapest, Hungary

**Introduction:** Gastrointestinal bleeding (GIB) is one of the most common medical emergencies with an estimated mortality rate between 2-15%. Data from several studies showed that haemodynamic instability was significantly associated with mortality in patients with GIB. We aimed to assess the proportion of haemodynamic instability and/or shock among patients with gastrointestinal bleeding.

**Aims:** We aimed to quantify the proportion of patients affected by haemodynamic instability or shock in the published data and specify it according to the type of bleeding source.

**Methods:** The protocol was registered in PROSPERO in advance (CRD42021283258). A systematic search was performed in three main databases (Pubmed, Embase, CENTRAL) on the 14<sup>th</sup> of October, 2021, for studies reporting the number of patients with shock and/or haemodynamic instability in the GIB population. No restrictions were applied. Pooled proportions with 95% confidence intervals (CIs) were calculated with the random-effects model. Heterogeneity was tested with the  $I^2$  and the Cochrane Q tests. The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal checklist for use in JBI Systematic Reviews was used for risk of bias assessment.

**Results:** With our systematic search we identified 11,589 articles, out of which 216 studies were eligible for data extraction, resulting in more than 6 million patient data. The overall proportion of shock and haemodynamic instability in GIB patients was 0.25 (CI: 0.17–0.36), in upper GIB (UGIB) 0.20 (CI: 0.15–0.27), in non-variceal UGIB 0.20 (CI: 0.13–0.28), in variceal UGIB 0.25 (CI: 0.19–0.33). The highest proportion of shock and haemodynamic instability in the

UGIB patients was found among the peptic ulcer bleeders, 0.27 (CI: 0.22–0.32). In the lower GIB group the overall proportion was 0.27 (CI: 0.14–0.47) while in the colonic diverticular bleeding (CDB) group it was 0.12 (CI: 0.06–0.22). Heterogeneity was high in almost all analyses.

**Conclusion:** To conclude, haemodynamic instability and shock are common complications of GIB. A high majority of patients; 1 in 5 with non-variceal UGIB, 1 in 4 with variceal UGIB and 1 in 10 with CDB will develop shock or haemodynamic instability during hospital stay.

### 80. PROMISING THERAPEUTIC POSSIBILITIES WITH ORGANOSULFUR MOLECULES IN EXPERIMENTAL NECROTIZING ACUTE PANCREATITIS

Orján E.<sup>1</sup>, Kormányos E.<sup>1</sup>, Balla Z.<sup>1</sup>, Für G.<sup>1</sup>, Bálint E.<sup>1</sup>, Bátai Z.<sup>2</sup>, Pozsgai G.<sup>2</sup>, Dombi Á.<sup>2</sup>, Pintér E.<sup>2</sup>, ifj. Rakonczay Z.<sup>1</sup>, Kiss L.<sup>1</sup>

1. Department of Pathophysiology, University of Szeged; 2. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Pécs

**Introduction:** Necrotizing acute pancreatitis (AP) is a potentially life-threatening disease without specific treatment. Several naturally occurring (e.g. diallyl trisulfide - DATS, dimethyl trisulfide - DMTS) and synthetic (e.g. GYY4137) organosulfur compounds are hydrogen sulfide donors with anti-inflammatory effects. Our previous *in vivo* studies showed that DMTS can effectively reduce the inflammation of pancreas.

**Aims:** To investigate the *in vivo* and *in vitro* effects of DATS and GYY4137 on AP. Furthermore, we wanted to reveal the mechanism of action of DMTS.

**Methods:** AP was induced in FVB/n mice by hourly intraperitoneal injection of 10x50µg/kg cerulein. Organosulfur intraperitoneal treatments were 2x50, 2x100µmol/kg DATS; and 2x25, 2x50, 2x100µmol/kg GYY4137. Control animals received vehicle. AP severity was evaluated with histological scoring of pancreas (edema, leukocyte infiltration, cellular damage), serum amylase activity and pancreatic dry/wet weight measurements. Cellular viability was determined on isolated acinar cells by trypan blue, MTT, and propidium iodide methods. The effects of DMTS on intracellular calcium concentration [ $Ca^{2+}$ ]<sub>i</sub> was measured.

**Results:** 2x50 and 2x100µmol/kg DATS ameliorated AP severity by reducing pancreatic edema, leukocyte infiltration and cellular damage. 2x100µmol/kg GYY4137 significantly decreased the cellular damage but had no influence on edema and leukocyte infiltration. Organosulfur molecules protected cells *in vitro* against treatments with AP-inducing agents (cerulein, L-arginine-HCl, sodium chenodeoxycholate). DMTS treatment did not influence [ $Ca^{2+}$ ]<sub>i</sub> compared to the control.

**Conclusion:** Organosulfurs significantly alleviated the severity of AP and protected pancreatic acinar cells which may be independent of intracellular  $Ca^{2+}$  signaling. Our results suggest that these agents have anti-inflammatory effects and are worth further investigation.

### 81. THE SAFETY AND EFFICACY OF DIRECT ORAL ANTICOAGULANT RESUMPTION FOLLOWING A GASTROINTESTINAL BLEEDING EPISODE: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Pálinkás D.<sup>1,2</sup>, Teutsch B.<sup>1,3</sup>, Gagy E.<sup>1</sup>, Engh M.<sup>1</sup>, Kalló P.<sup>3</sup>, Veres D.<sup>5</sup>, Földvári-Nagy L.<sup>6</sup>, Hosszúfalusi N.<sup>7</sup>, Herszényi L.<sup>8</sup>, Gyökeres T.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>1,3,4</sup>, Eröss B.<sup>1,3,4</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Gastroenterology,



Military Hospital – State Health Centre, Budapest, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Faculty of Health Science, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. 3rd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 8. Scientific Institute, Military Hospital – State Health Centre, Budapest, Hungary

**Introduction:** The number of patients treated with direct oral anticoagulants (DOACs) has rapidly elevated in the last decade. Compared to Vitamin-K antagonists (VKA), DOACs were reported to have a better safety profile, except for gastrointestinal bleeding (GIB). After successfully managing GIB, a decision of therapy reintroduction has to be made carefully, although data addressing this topic is lacking.

**Aims:** We aim to determine the safety and efficacy of DOACs resumption after a GIB event.

**Methods:** Our protocol was registered in advance in PROSPERO (CRD42021284314). We performed our study according to the Cochrane Handbook's recommendations for Systematic Reviews of Interventions. Studies that reported rebleeding, thromboembolic events, and mortality after restarting DOACs or withholding therapy were selected as eligible articles. The systematic research was conducted in five databases (MEDLINE, EMBASE, CENTRAL, Web of Science, and Scopus) without any restriction. Random effect model was implemented to calculate pooled odds ratio (OR) with 95% confidence interval (CI). ROBINS-I tool was used for risk of bias assessment, certainty of the evidence was evaluated with the GRADE approach.

**Results:** From 8577 articles, 3 retrospective cohort studies were included in the meta-analysis. We did not find a significant increase in the risk of rebleeding in patients restarting DOACs after index GIB (OR=1.09; CI 0.72–1.64). The outcomes of thromboembolic events and mortality data were not suitable for meta-analytic calculations. Single studies comparing DOAC resumption and withdrawal did not show statistically significant differences in these outcomes (OR=1.21, CI: 0.61–2.42; OR=2.36, CI: 0.52–10.78 respectively). Data quality assessment showed a serious overall risk of bias and a very low quality of evidence (GRADE D).

**Conclusion:** Based on our results, DOAC resumption after a GIB episode may not elevate the risk of rebleeding. However, the need for high quality randomised clinical trials focusing on this clinically relevant question is crucial.

## 82. 5-ASA KÉSZÍTMÉNY ALKALMAZÁSA POSZTIRRADIÁCIÓS ENTERITISZ OKOZTA ODINOFÁGIÁBAN

Papp V.<sup>1</sup>, Bennemann S.<sup>1</sup>, Dakó S.<sup>1</sup>, Bán K.<sup>1</sup>, Balázs Á.<sup>1</sup>, Vass T.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Bevezetés:** Az egyes szervek, szövetek sugárérzékenysége különbözik. A vékonybél nyálkahártyáján már alacsonyabb sugárdózis alkalmazásakor is akut és krónikus gyulladásra utaló elváltozások jelenhetnek meg. A gyógyszeres kezelési lehetőségek tünetorientáltak, az 5-ASA készítmények gyulladáscsökkentő hatásuk miatt adhatók, topikus formában is. A lokális alkalmazási mód megváltozott anatómiai viszonyok mellett is előnyös lehet.

**Módszerek:** A Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikáján Merendino műtétben részesült beteg esetét szeretnénk bemutatni, akinél a műtéti terület besugárzását követően kialakult posztirradiációs enteritisz okozott nyelési nehezítettséget a reszekált nyelőcső és gyomor közé illesztett jejunum szakaszban. A kezelés a megváltozott anatómia miatt egyedi megoldást igényelt.

**Esetismertetés:** A 66 éves férfibeteg kivizsgálása nyelészavar miatt kezdődött. Az elvégzett manometria achalasia mellett szólt (Chicago II. típus), a műtét során azonban a nyelőcső disztális 2 cm-e és a gyomor proximális része hegesen infiltráltnak bizonyult, emiatt a tervezett Heller miotómia helyett Merendino műtét elvégzésére kényszerültünk. A végleges szövettan azonban gyomor adenokarcinómát igazolt, mikroszkóposan pozitív proximális reszekációs széllel, nyirokcsomó áttétellel. A szükségessé vált adjuváns radio-kemoterápia után a kontroll képalkotó vizsgálatok lokális recidívát, távoli áttétet nem mutattak. Az onkológiai kezelést követően 1 hónappal jelentkező odinofágia miatt végzett endoszkópos vizsgálat során izoláltan a jejunális interpozitumban összefolyó, fibrinnel fedett fekélyeket láttunk, szűkület nem volt igazolható. A jejunum gyulladása makroszkóposan és a hisztológiai kép alapján is megfelelhetett posztirradiációs eredetűnek, a mikrocirkuláció következményes zavarával. Az interpozitum vérellátása a CT kép alapján megtartott volt. A korábban beállított motilitásfokozó terápia mellé sulfasalazint adtunk, orálisan alkalmazható, lokálisan ható magisztrális készítményként. A kezelés hatására a panaszok fokozatosan megszűntek, a nyálkahártya regenerálódását észleltük és dokumentáltuk.

**Következtetés:** 5-ASA készítmény lokális alkalmazása megváltozott anatómiai viszonyok mellett is hatékony lehet posztirradiációs enteritisz kezelésében.

## 83. GENETIC FACTORS BEHIND THE RECURRENCE OF PAEDIATRIC PANCREATITIS- RESULTS FROM THE APPLE-R (ANALYSIS OF PEDIATRIC PANCREATITIS) RETROSPECTIVE, MULTICENTRE, OBSERVATIONAL CLINICAL STUDY

Párniczky A.<sup>1,2,3</sup>, Juhász M.<sup>1,2,3</sup>, Németh B.<sup>4</sup>, Dobai K.<sup>5</sup>, Lásztity N.<sup>6</sup>, Mosztbacher D.<sup>7</sup>, Abu-El-Hajja M.<sup>8</sup>, Wedrychowicz A.<sup>9</sup>, Pienar C.<sup>10</sup>, Kadenczki O.<sup>11</sup>, Tészás A.<sup>12</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,13</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Szentágotthai Research Centre, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 4. First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Centre for Translational Medicine, Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. Department of Pediatrics, Szent János's Hospital and North Buda Unified Hospitals, Budapest, Hungary; 7. First Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 8. Division of Pediatric Gastroenterology, Cincinnati Children's, Cincinnati, United States; 9. Department of Pediatrics, Gastroenterology and Nutrition, Faculty of Medicine, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland; 10. „Victor Babes” University of Medicine and Pharmacy, Pediatrics Department, Timisoara, Romania; 11. Department of Pediatrics, University of Debrecen, Debrecen, Hungary; 12. Department of Paediatrics, University of Pécs Clinical Centre, Pécs, Hungary; 13. Division of Pancreatic Diseases,

Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** 15-35% of children who experienced acute pancreatitis (AP) will go on to have recurrent episodes (ARP) and 20-40% of ARP patients will develop chronic pancreatitis (CP) within 5 years. Multiple cross-sectional studies investigate the genetic background of ARP and CP, however information is still lacking on AP, that would be necessary to provide more insight on the progression towards ARP and CP.

**Aims:** Our aim was to investigate the aetiology and genetic alterations in paediatric AP, ARP and CP patients, to get a better picture of the factors influencing disease progression.

**Methods:** We conducted a retrospective study (APPLE-R: Analysis of Pediatric Pancreatitis – Retrospective; ISRCTN89664974) of children and adults who were previously diagnosed with paediatric AP, ARP or CP. We collected data on family history, comorbidities, aetiology of the pancreatic insult(s) and performed the genetic analysis (*PRSS1*, *CTRC*, *SPINK1*, *CPA1*, *CFTR*) of these patients, seeking known risk-increasing mutations. Chi-squared, Fisher-exact, ANOVA and Kruskal-Wallis tests were used in the statistical analysis.

**Results:** Among 184 AP, 68 ARP and 29 CP patients, *PRSS1* mutations were found in 9, *CTRC* in 68, *SPINK1* in 19, *CPA1* in 5 and *CFTR* in 12. Genetic risk factors were present in 26.8% of AP patients, 52.9% of ARP patients and 55.2% of CP patients. *PRSS1* mutations were found to be most associated with recurrent episodes, with a mean of 3.12 AP episodes per 10 follow-up years, followed by *CPA1* (2.86 episodes per 10 years) and *SPINK1* (2.68 episodes / 10 years). Similarly, the prevalence of CP was highest with *PRSS1* mutations (33.3%), *CPA1* (20.0%) and *SPINK1* (15.8%).

**Conclusion:** Despite the retrospective nature of our study, since patients were called back years past experiencing pancreatic insult(s), we could compare the genetic background of patients who developed ARP or CP, and patients who had AP and didn't develop these conditions. We found a higher rate of genetic alterations in paediatric AP than previously described (26.8% vs. reports of around 10%). *PRSS1* mutations seem to be most associated with disease progression, followed by *CPA1* and *SPINK1*.

#### 84. KOLANGIOSZKÓPIA A SZŰKÜLETEK ÉS A PROBLÉMÁS KÖVEK MEGOLDÁSÁRA

Paulovicsné Kiss M.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>

1. Pécsi Tudományegyetem, I.sz.Belgyógyászati Klinika

**Introduction:** Néhány éve már hazánkban is jelen van az ERCP vizsgálatok során hagyományosan nem kivitelezhető esetek megoldására szolgáló SpyGlass kolangioszkópos rendszer. Az epeutak vizualizálását biztosítja, amivel az epeúti beavatkozások lehetősége jelentősen nő. A kolangioszkóp egyszer használatos eszköz, a disztális vége a kezelő panel segítségével 4 irányba mozgatható, az endoszkóp munkacsatornáján keresztül vezethető be a vizsgálandó területre, saját munkacsatornával rendelkezik.

#### **Aims:**

A kolangioszkópia főbb indikációi:

- - bonyolult epeúti kövek eltávolítása
- ismeretlen természetű epeúti és pankreász vezeték szűkületek diagnosztikája
- - pankreász kövesség megoldása
- idegentest, migrált sztent eltávolítása

Kőtörés elektrohidraulikus (EHL) vagy lézeres litotripsziával lehetséges. Az EHL során a szonda két pólusa között egy

elektromos ív keletkezik, ami egy nyomásimpulzust hoz létre, köttörést eredményezve.

**Methods:** 2020. 08. 29. és 2022. 03. 25. között a Pécsi Tudományegyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika Endoszkópos Laborjában 9 betegnél végeztünk kolangioszkópiát SpyGlass rendszerrel (3 nő és 6 férfi, átlagéletkor: 60,1 év). Az indikáció 6 esetben epeúti kövesség, 3 esetben epeúti szűkület vizsgálata volt. Az előadásban elsősorban az asszisztensi szempontok bemutatására törekszünk.

**Results:** Összességében vizsgálataink sikeressége rámutat a hazai és nemzetközi eredményekre, miszerint alacsony a szövődmények aránya, a módszer hatékony az epeúti szűkületek diagnosztikájában, és más módszerrel nem megoldható epeúti kövek kezelésében.

**Conclusion:** Gyakorlott endoszkópos, ERCP-ben jártas csapat elengedhetetlen a sikerhez. Fontos az asszisztens együttműködő szerepe, aki az előkészítésben is segíteni tudja a vizsgálat sikerességét. Segíti a beavatkozás eredményességét, ha több alkalommal ugyanaz a team végzi a vizsgálatot. A beavatkozás hossza miatt elengedhetetlen az alvás. A beavatkozást nagy forgalmú centrumokban javasolt kivitelezni és dolgozni kell a finanszírozáson és az érintett betegek megfelelő centrumokba juttatásán.

#### 85. ANALYSIS OF PANCREATIC GUIDEWIRE-ASSISTED ADVANCED CANNULATION METHODS – DATA FROM THE HUNGARIAN ERCP REGISTRY

Pécsi D.<sup>1,2</sup>, Gódi S.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>2</sup>, Altörjay I.<sup>3</sup>, Bakucz T.<sup>4</sup>, Czako L.<sup>5</sup>, Orbán-Szilágyi Á.<sup>4</sup>, Patai Á.<sup>6</sup>, Szepes Z.<sup>5</sup>, Gyökeres T.<sup>4</sup>, Fejes R.<sup>7</sup>, Dubravcsik Z.<sup>8</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>

1. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Institute for Translational Medicine, Szentágotthai Research Center, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary;; 3. Gastroenterology Clinic, University of Debrecen, Debrecen, Hungary; 4. Department of Gastroenterology, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Budapest, Hungary; 5. First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. First Department of Gastroenterology and Medicine, Markusovszky University Teaching Hospital, Szombathely, Hungary; 7. First Department of Medicine, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary; 8. Bács-Kiskun County University Teaching Hospital, Kecskemét, Hungary

**Introduction:** In about 20-30% of ERCPs, biliary access is difficult and the risk for adverse events increases, therefore the choice of proper cannulation technique is essential. If the pancreatic duct is cannulated more than once, a pancreatic guidewire-assisted technique could be used more easily.

**Aims:** The double guidewire method (DGW), transpancreatic sphincterotomy (TPS) and prophylactic pancreatic stent-assisted methods (PPS-A) are the most widely used techniques. Data from the Hungarian ERCP registry was analyzed concerning these methods.

**Methods:** 3677 ERCP cases in the registry at the point of analysis were included. From 2142 native papilla cases in 295 cases advanced cannulation methods were used. As primary pancreatic guidewire-assisted technique in 77 cases TPS, in 62 DGW and in 71 PPS-A was chosen.

**Results:** The highest primary biliary cannulation success rate was achieved in the TPS group with 83.1% which is significantly higher than in the DGW group with 67.7% (p=0.034) and in the PPS-A group with 67.6% (p=0.028). After a salvage technique was used, biliary cannulation was

achieved in 98.7%, 93.5% and 83.1%, respectively. Post-ERCP pancreatitis rate was remarkably low with only 3.9% in the TPS group, 2.8% after PPS-A and no pancreatitis developed after DGW. Prophylactic pancreatic stent insertion rate was not optimal with 61% in the TPS group and 56.5% in the DGW group. Indomethacin suppositories were applied 53.2% in the TPS, 93.5% in the DGW and 33.8% in the PPS-A groups. Other complications rates were also low.

**Conclusion:** TPS is a highly effective and safe alternative in cases of repeated pancreatic cannulation. Prophylactic pancreatic stents should be used in every case to decrease the rate of pancreatitis.

Primary cannulation method	TPS	TPS%	DGW	DGW%	PPS +GW /NKPP	PPS%
Number of cases	77		62		71	
Primary cannulation success	64	83.1%	42	67.7%	48	67.6%
Secondary cannulation success	TPS	TPS%	DGW	DGW%	PPS +GW /NKPP	PPS%
Secondary cannulation success	76	98.7%	58	93.5%	59	83.1%
Average cannulation time	444s		636s		415s	
JPD	8	10.4%	9	14.5%	17	23.9%
		0.0%				
		0.0%				
PEP	3	3.9%	0	0.0%	2	2.8%
Bleeding	1	1.3%	0	0.0%	2	2.8%
Immediate bleeding	7	9.1%	12	19.4%	15	21.1%
Perforation	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Cholangitis	1	1.3%	0	0.0%	3	4.2%
Cholecystitis	0	0.0%	1	1.6%	0	0.0%
		0.0%				
Indomethacin suppository	41	53.2%	58	93.5%	24	33.8%
PPS use	47	61.0%	35	56.5%	71	100.0%

## 86. VÉKONYBÉL MALIGNÓMÁK A PETZ ALADÁR EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ 5 ÉVES BETEGANYAGÁBAN.

Pécsi D.<sup>1</sup>, Kovács V.<sup>1</sup>, Durcsán H.<sup>1</sup>, Rétfalvi G.<sup>1</sup>, Kokas M.<sup>1</sup>, Kiss G.<sup>1</sup>, Tomasits K.<sup>1</sup>, Regőczy H.<sup>1</sup>, Pécsi G.<sup>1</sup>

1. Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia Osztály

**Bevezetés:** A vékonybél területén előforduló rosszindulatú daganatos megbetegedések aránya alacsony annak ellenére, hogy a gasztrointesztinum leghosszabb szakaszát jelenti. Diagnózisa komplexebb, kiemelt tekintettel arra, hogy tünettana sok esetben nem specifikus. Szövettani beosztását tekintve adenocarcinoma, neuroendokrin daganat, lymphoma, gasztrointestinalis stromális tumor (GIST), valamint sarcoma csoportokat külön el az irodalom. **Cél:** Intézményünkben az elmúlt 5 évben vékonybél tumorral diagnosztizált betegek adatainak áttekintése, bemutatása, valamint összehasonlítása nemzetközi eredményekkel, kiemelve a ritka és a tanulságos eseteket.

**Módszertan:** Retrospektív módszerrel elemeztük a 2017 és 2022 között intézményünkben vékonybél tumorral diagnosztizált betegeket azok tünettana, elhelyezkedése, diagnózis módszertana, hisztológiai eredménye, valamint szükséges onkológiai kezelés aránya alapján. Megvizsgáltuk az adatokat évre, nemre, életkorra lebontva. Adatgyűjtéshez a Gasztroenterológiai Osztály, a Sebészeti Osztály, valamint a Patológiai osztály adatait használtuk fel. Az ellátási területen kívülről érkező, vékonybél daganattal diagnosztizált betegek nem kerültek bevonásra jelen vizsgálatunkba.

**Eredmények:** Az elemzett adatok alapján régióinkban 41 beteget (átlag életkor: 67,58 év, (29-89 év), férfi: 21 eset, nő: 20 eset) diagnosztizáltunk vékonybél daganattal a vizsgált időszakban. Az ellátási terület alapján számolt incidencia régióinkban 4,1 eset volt 100.000 lakosra vonatkoztatva. 26 betegnél (63,4%) gasztroenterológiai kivizsgálás eredményeként került kimutatásra a vékonybél malignóma. 13 esetben kapszula endoszkópia, 8 esetben alsó vagy felső panendoszkópia, 5 esetben képalkotó (CT, MRI) vizsgálat igazolta diagnózisunkat. 14 esetben (34,14%) sebészeti műtét, 1 esetben (2,43%) pedig patológiai boncolás során került primer észlelésre az elváltozás. A Gasztroenterológiai Osztályon kivizsgált betegeknél a vezető tünet 17/26 esetben a gasztrointesztinális vérzés volt. A primeren Sebészeti Osztályon diagnosztizált betegeknél 10/14 esetben a passage zavar volt a vezető tünet subileus vagy ileus képében. Évente 5-10 eset került észlelésre és ellátásra intézményünkben. A gyakoriság hullámzó tendenciát mutatott. Szövettani beosztás alapján 19 esetben (46,3%) adenocarcinómát, 8 esetben (19,5%) neuroendokrin daganatot, 7 esetben (17,0%) gasztrointesztinális stromális tumort, 4 esetben (9,7%) lymphómát, egy esetben (2,4 %) egyéb daganatot diagnosztizáltunk. 2 esetben (4,87%) szövettani eredmény nem állt rendelkezésünkre.

**Következtetések:** Incidenciáját tekintve a vékonybél daganatok előfordulása a vizsgált időszakban régióinkban magasabb volt a nemzetközi adatoknál. Ennek hátterében véleményünk szerint a rendelkezésre álló diagnosztikai repertoár fejlődése mellett a daganatos betegek számának növekedése állhat.

## 87. A FOCALIS NODULARIS HYPERPLASIA MULTIMODÁLIS KEZELÉSE

Pekli D.<sup>1</sup>, Kokas B.<sup>1</sup>, Bárdos D.<sup>1</sup>, Fülöp A.<sup>1</sup>, Hahn O.<sup>1</sup>, Sziártó A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem - Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

A focalis nodularis hyperplasia (FNH) a máj második leggyakrabban előforduló benignus góca. Nem malignizálódik, így a jelenlegi ajánlások szerint eltávolítása relatív indikációt képez. Kezelését illetően több különböző módszer is ismert.

Az előadás célja, hogy összefoglalót adjon az FNH ellátásáról és két esetben bemutassa az alternatív kezelési lehetőségeket.

Egy 40 éves nőbetegnél hasi panaszok miatt indult kivizsgálás során a májban CT-morfológiailag FNH igazolódott. A laesio lokalizációját figyelembe véve, a sebészeti reszekció magas rizikója miatt, transarterialis embolisatio (TAE) mellett döntöttünk. Többszörös kezelést követően a kontroll képalkotó vizsgálatok alapján jelentős regressziót értünk el, mindemellett a beteg panaszmentessé vált.

Egy 25 éves nőbetegnél hasi panaszok miatt történt MR-vizsgálat igazolt FNH-t. Az elhelyezkedésre tekintettel TAE-t végeztünk, a beteg azonban ezúttal nem vált teljesen

panaszmentessé. Definitív megoldásként májreszekció történt, melyet követően panaszai megszűntek.

Tünetmentes FNH felfedezésekor elegendő lehet a betegek hosszú távú követése. Tünetek, illetve nagy műtéti kockázat esetében a malignus májtumoroknál rutinszerűen alkalmazott TAE az FNH-ban akár önmagában vagy sebészi kezeléssel kombinálva is eredményesen alkalmazható. Kisebbségi rizikó esetén a legmegfelelőbb választás a primer laparoszkópos reszekció.

### 88. A TRPV6 GÉN MUTÁCIÓINAK SZEREPE KRÓNIKUS HASNYÁLMIRIGY-GYULLADÁSBAN

Pesei Z.<sup>1</sup>, Hegede R.<sup>2</sup>, Németh B.<sup>3</sup>, Takács T.<sup>3</sup>, Szentesi A.<sup>2</sup>, Farkas G.<sup>4</sup>, Czákó L.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>2,5</sup>, Hegyi E.<sup>2</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Elméleti Orvostudományok Doktori Iskola; 2. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet; 3. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika; 4. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sebészeti Klinika; 5. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Központ

**Bevezetés:** Az idült hasnyálmirigy-gyulladás kialakulásában szerepet játszik a pancreas ductális sejtek homeosztázisának megbomlása, melyhez a CFTR (cisztás fibrózis transzmembrán konduktancia regulator) génben felfedezhető genetikai eltérések is hozzájárulnak. Egy, a közelmúltban megjelent tanulmány szerint egy másik gén, a hasnyálmirigyben is kifejeződő epitheliális kalciumion szelektív csatornát kódoló TRPV6 (Transient Receptor Potential Vanilloid subfamily member 6) mutációi jelentős mértékben halmozódnak a fiatalok, nem alkoholos krónikus pancreatitisben.

**Célkitűzés:** A TRPV6 gén mutációinak előfordulásának vizsgálata a magyar populációban.

**Módszerek:** A Magyar Hasnyálmirigy Munkacsoport (Human Pancreatic Study Group – HPSG) hasnyálmirigy regiszterében szereplő 140 nem-alkoholos etiológiájú pancreatitisben szenvedő beteg, valamint 250 véradó kontroll DNS mintáit vizsgáltuk. Tanulmányunk során a TRPV6 gén teljes kódoló régióját tervezzük PCR módszerrel amplifikálni és Sanger-féle szekvenálással elemezni.

**Eredmények:** A TRPV6 gén 7, 8 és 11-es exonjait analizáltuk, melyekben az irodalmi adatok alapján a legtöbb funkcionálisan defektív variáns található. Ezekben az exonokban összesen 3 missense (p.L299Q, p.T309M, p.G501C) és 4 szinonim (p.T309=, p.P352=, p.T400=, p.N504=) variánszt azonosítottunk. A 11-es exonban található c.1512C>T (p.N504=) mutáció halmozódása a betegcsoportban (37/250, 14,8%) szignifikáns különbséget mutatott a kontrollcsoporthoz (42/460, 9,1%) képest (OR: 1,73; p=0,022; 95% CI= 1,07-2,75). A többi variáns előfordulását illetően nem volt különbség a két vizsgált csoport között.

**Konklúzió:** A jelenleg rendelkezésre álló előzetes eredményeink alapján a szakirodalomban eddig közölt megfigyeléseket nem tudtuk megerősíteni a magyar populációban. A beteg- és kontrollpopuláció elemszámának növelése, illetve a TRPV6 gén kiterjesztett genetikai vizsgálata szükséges ahhoz, hogy az allél- és genotípus-megoszlásokról megbízható eredményeket kapjunk az általunk vizsgált populációban.

### 89. MICROSCOPIC COLITIS IS A RISK FACTOR FOR LOW BONE DENSITY: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Rancz A.<sup>1</sup>, Teutsch B.<sup>2</sup>, Engh M.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>3</sup>, Földvári-Nagy L.<sup>4</sup>, Eröss B.<sup>5</sup>, Hosszúfalusi N.<sup>6</sup>, Juhász M.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>5</sup>, Mihály E.<sup>6</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, 1085 Budapest, Üllői street 26, Hungary; 2. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, 4624 Pécs, Szigeti street 12, Hungary; 3. Semmelweis University Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, 1085 Budapest, Üllői street 26, Hungary; 4. Department of Genetics, Eötvös Loránd University, 1053 Budapest, Egyetem square 1-3, Hungary; 5. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest 1122, Gaál József street 9, Hungary; 6. Department of Internal Medicine and Haematology, Semmelweis University, 1088 Budapest, Szentkirályi str. 46

**Introduction and Aims:** Microscopic colitis (MC) is a chronic inflammatory bowel disease characterized by watery diarrhea, which substantially decreases the patient's quality of life. Moreover, low bone density (LBD) has been associated with the disease. Since many risk factors contribute to the random coincidence of the two conditions, our primary aim is to assess if MC is a risk factor for LBD. Furthermore, we estimated the proportions of bone mineral changes in the MC population

**Methods:** Our protocol was prospectively registered in PROSPERO (CRD42021283392). We directed our literature search in five databases from inception to 16th of October, 2021 (Pubmed, Embase, Cochrane, Scopus, Web of Science). All articles were eligible which describe histologically confirmed MC patients with available DXA measurements. We used the random-effect model to calculate pooled odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CI) and pooled event rates. We assessed the risk of bias with the aid of the QUIPS tool for the prognosis question, and we applied the JBI Critical Appraisal Checklist for Prevalence Studies for our proportional measurements. To ascertain the quality of evidence of our outcomes we followed the recommendations of the GRADE working group.

**Results:** The systematic search yielded a total of 3046 articles. Four articles were found eligible for our quantitative synthesis. Three of them used age- and sex-matched controls to evaluate the occurrence of the LBD among MC patients compared to healthy individuals. We analyzed 111 MC patients with 67 LBD cases in comparison to 265 controls with 110 LBD cases. The odds to have LBD was threefold higher (OR = 2.96, CI: 1.15–7.59) in the presence of MC. The rate investigation results showed that from 276, 182 and 182 MC population a total of 189, 92 and 20 patients had LBD, osteopenia and osteoporosis. The proportion of LBD was 68% (CI: 0.56–0.78), - of osteopenia was 51% (CI: 0.43–0.58) and - of osteoporosis was 11% (CI: 0.07–0.16) among the MC patients.

**Conclusion:** LBD is strongly associated with MC, the appearance of LBD is tripled in the sight of MC. Further prospective studies are needed.

### 90. CYTOKINE PROFILE AND JAK/STAT SIGNALING PATHWAY INHIBITOR THERAPY IN ULCERATIVE COLITIS

Resál T.<sup>1</sup>, Jójárt B.<sup>2</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Szántó K.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Milassin Á.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Belgyógyászati Klinika; 2. Szegedi Tudományegyetem, Élettani Intézet

**Introduction:** Small-molecule drugs (SMD) represent one of the most promising novelties in the IBD therapeutic pipeline. Tofacitinib, a JAK1/JAK3 inhibitor, is the first SMD approved for the treatment of moderate-severe UC. The JAK-signalling pathway is a crucial regulator of cytokine expression, therefore inhibiting JAK might decrease inflammatory cytokine production, including IL-2, IL-4, IL-6, IL-7, IL-9, IL-15, IL-21, and IFN- $\gamma$ .

**Aims:** Our aims was to assess the efficacy and safety of the tofacitinib treatment. In addition, we aimed to determine the expression of pro-inflammatory cytokines, which are associated with the JAK/STAT signalling pathway, in order to identify possible predictive markers.

**Methods:** Consecutive patients with UC diagnosed at the Dept. of Medicine, Univ. of Szeged before starting tofacitinib therapy were eligible for the study. Clinical indexes were determined, and blood test plus colonoscopy were performed before the admission of tofacitinib, and after the 12 weeks follow-up period. Six biopsies were obtained from the inflamed mucosa, and relative expression change of some JAK/STAT signalling pathway related genes were determined, such as IFN $\gamma$ , IL-6, IL-17A, IL-35, TNF $\alpha$ , CD1b, JAK1, JAK3, TYK2 and Serpin-E1. ELISA measurement was applied to define the protein concentration of the Serpin-E1 obtained from biopsy samples of UC patients receiving tofacitinib.

**Results:** In our experiments a total of 13 UC patients were involved in the study. Based on the clinical indexes (pMayo), tofacitinib is an effective treatment in ulcerative colitis (p<0.05). However, due to PNR/ failure, tofacitinib was ceased in 6 patients (45 %), and in 2 cases colectomy was needed. According to our results, the JAK3 gene expression baseline levels were significantly higher (p<0.05) in patients who responded to tofacitinib compared to the non-responders. After the 12-weeks treatment period, remarkable decrease of mucosal Serpin E1 level was shown (p=0.06) in responders. In addition, the mucosal level of Serpin E1 and CD1b gene expression correlated well with the pMayo clinical index (p<0.05). No further significant difference was observed.

**Conclusion:** Tofacitinib is a safe and effective treatment in UC. Lower JAK3 level before admission could possibly predict the success of the therapy. As tofacitinib acts via the JAK/STAT pathway, consequently, in case of lower JAK3, the inflammation cannot be suppressed on this signal transductional route. Mucosal CD1b and Serpin E1 relative gene expression/ protein level could be effective markers for follow-up.

## 91. TISSUE ATTENUATION IMAGING AND TISSUE SCATTER IMAGING FOR QUANTITATIVE ULTRASOUND EVALUATION OF HEPATIC STEATOSIS

Rónaszéki A.<sup>1</sup>, Hagymási K.<sup>3</sup>, Werling K.<sup>3</sup>, Folhoffer A.<sup>2</sup>, Budai B.<sup>1</sup>, Csongrády B.<sup>1</sup>, Stollmayer R.<sup>1</sup>, Györi G.<sup>1</sup>, Kalina I.<sup>1</sup>, Maurovich Horvat P.<sup>1</sup>, Kaposi N.<sup>1</sup>

1. Department of Radiology, Medical Imaging Centre, Faculty of Medicine, Semmelweis University; 2. Department of Internal Medicine and Oncology, Faculty of Medicine, Semmelweis University; 3. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Faculty of Medicine, Semmelweis University

**Introduction:** Nowadays, the prevalence of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is increasing, accurate evaluation and accessible radiological imaging methods of liver fat content is essential in the diagnosis, treatment, and follow-up of NAFLD patients.

**Aims:** We aimed to assess the feasibility of ultrasound-based tissue attenuation imaging (TAI<sup>TM</sup>), and tissue scatter distribution imaging (TSI<sup>TM</sup>) for quantification of liver steatosis in patients with NAFLD.

**Methods:** We prospectively enrolled 101 participants with suspected NAFLD. The TAI, TSI measurements of the liver were performed with a Samsung RS85 Prestige ultrasound system. Based on the magnetic resonance imaging proton-density-fat-fraction (MRI-PDFF), patients were divided into  $\leq 5\%$ , 5%-10%, and  $\geq 10\%$  of MRI-PDFF groups. We determined the correlation between TAI, TSI, and MRI-PDFF, and used multiple linear regression analysis to identify any association with clinical variables. The diagnostic performance of TAI, TSI was determined based on the area under the receiver operating characteristic curve (AUC). The intraclass correlation coefficient (ICC) was calculated to assess interobserver reliability.

**Results:** Both TAI ( $\rho=0.78$ ,  $P<0.001$ ) and TSI ( $\rho=0.68$ ,  $P<0.001$ ) showed significant correlation with MRI-PDFF. TAI overperformed TSI in the detection of both  $\geq 5\%$  MRI-PDFF (AUC=0.89 vs. 0.87) and  $\geq 10\%$  (AUC=0.93 vs. 0.86). MRI-PDFF proved to be an independent predictor of TAI ( $\beta=1.03$ ;  $P<0.001$ ), while both MRI-PDFF ( $\beta=50.9$ ;  $P<0.001$ ) and liver stiffness ( $\beta=-0.86$ ;  $P<0.001$ ) were independent predictors of TSI. Interobserver analysis showed excellent reproducibility of TAI (ICC=0.95) and moderate reproducibility of TSI (ICC=0.73).

**Conclusion:** TAI and TSI could be used successfully to estimate the severity of hepatic steatosis in routine clinical practice. TAI&TSI could be useful parameter for detection of steatosis in NAFLD.

## 92. A SÁRGA ÖTVEN ÁRNYALATA... OKNYOMOZÁS ICTERUS MIATT KÍNAI BETEGBEN

Rusznay K.<sup>1</sup>, Varsányi M.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. MH EK Honvédkórház Gasztroenterológia Budapest

**Bevezetés:** Hyperbilirubinaemia esetében a test szöveteiben felhalmozódó bilirubin sárgaságot eredményez. Az okok hátterében a fokozott képzés, a csökkent lebontás, valamint kiválasztás egyaránt állhat. Ennek differenciál diagnosztikáját végeztük esetünkben is.

**Esetismertetés:** Egy 40 éves kínai férfibeteget 2021 nyarán jobb bordaív alatti panaszok miatt belgyógyászaton kezelték, acut cholecystitist állapítottak meg, konzervatív terápia mellett állapota rendeződött. Fél év múlva hasmenést követően testszerte jelentkező viszketéssel járó sárgaság alakult ki, hasi fájdalmak nélkül. Hasi UH az epehólyagban törmelék, a laborokban jelentős direkt hyperbilirubinaemiát, mérsékelten emelkedett transzaminázokat és obstruktív értékeket igazoltak. Hepatitis vírus serologia negatív lett. Epeútkövet feltételezve ERCP-t végeztünk, de a normál tágasságú epeutakban követ nem találtunk, csak kevés törmelék. Hasi angio CT a choledochus környezetében az epehólyagot is részben érintő diszkrét gyulladást detektált, epeúttágulat, vagy a májban körülírt keringészavar nem mutatkozott. Kézujjait érintő ekzema miatt Lendin, Diprosalic kezelést végeztünk. Magas ferritin érték és nem csökkenő icterus miatt immun ELFO és immun panel vizsgálata történt, negatív eredménnyel. Réz és vas anyagcserezavar irányban is vizsgáltuk, Kayser-Fleischer gyűrűt nem igazoltunk, coeruloplazmin, és haemochromatosis genetikai vizsgálata is negatív lett. PSC kizárására MRCP-t terveztünk, a beteg azonban a vizsgálatba nem egyezett bele. Mivel a pseudocholinesteraze csökkenő tendenciát követett, icterusa, és májenzimeai stagnáltak, hasi UH splenomegáliát

mutatott, májbiopsziát terveztünk. Bár eosinophiliát egy leletében sem igazoltunk, az anamnesist szélesítve parazita fertőzés is látótérbe került. Széklet sorozat mintákból széklettenyésztéseket végeztünk mely szintén nem igazolt kórjelzőt. Parazitológiai vizsgálatok is negatív eredményt adtak, azonban egyetlen mintából - noha cystákat nem láttak - *Entamoeba histolytica* antigén pozitivitást kaptunk. Metronidazol kezeléssel mellett a viszketés megszűnt, pseudocholineszteraze emelkedni kezdett, a megnagyobbodott lép pedig kisebbedni, a beteg dezikterizálódott. Cholecystectomiát javasoltunk, a beteg azonban egyelőre munkája megtartása végett ezt halasztja. **Következtetés:** A nyelvi nehézségek ellenére is kellő alaposággal felvett kórelőzmény a diagnosztikát jelentősen megkönnyíti. A beteg antibiotikum alkalmazásával meggyógyult, így a tervezett non invazív (MRCP) és invazív (májbiopszia) vizsgálatokra már nem volt szükség.

### 93. IS IT USEFUL? A SIMPLE REMOTE NUTRITIONAL SCREENING TOOL (-R-MAPP) IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE IN OUR IBD CENTRE

Schäfer E.<sup>1</sup>, Molnár A.<sup>2</sup>, Kolossváry K.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. MHEK Gasztroenterológia, Budapest; 2. Magyar Dietetikusok Országos Szövetség Tudományos Bizottság

**Introduction:** Malnutrition is a highly prevalent complication in patients with inflammatory bowel diseases (IBD). It is strongly associated with poor clinical outcomes and quality of life. R-MAPP is a simple remote screening tool developed by a group of European clinical nutrition experts to screen patients for malnutrition and sarcopenia. It was developed during the COVID-19 pandemic to ensure that every patient has access to nutritional care as part of primary healthcare services, even if social distancing measures are adopted. The tool is based on nutrition (MUST) screening and sarcopenia (SARC-F) tests. If the MUST score is 2 or above and/or the SARC-F is 4 or above, then your patient is obviously at high risk of malnutrition. The Hungarian adaptation was managed by our institute with the help of Nutricia. The validation is in progress.

**Aims:** to validate the Hungarian adaptation of the survey among patients with inflammatory bowel diseases in our IBD Centre.

**Methods:** Between October 2021 and March 2022 the survey was completed in 102 patients with inflammatory bowel disease. 69 patients have Crohn's disease, 33 have ulcerative colitis. 77 patients were treated with biologics in our IBD center, and 15 was referred newly for biologic treatment, 10 patients were in postoperative period. Surveys were completed by personal consultations. 95% of the patients could manage to complete the survey alone (mean time: 7-15 minutes), 5% completed it with the help of the IBD nurses. The evaluation of the survey was discussed during the gastroenterological consultation.

**Results:** 67 of the referred patients were classified for risk of malnutrition, 13% had both sarcopenia and malnutrition. 60% of patients in postoperative period had MUST score >2, SARC-F >4 in 5 cases, and severe sarcopenia was detected in 2 cases after bowel surgery. In these cases, immediately nutrition care plan was prescribed.

**Conclusion:** the simple and rapid remote nutritional screening tool (R-MAPP) has been developed as a pragmatic measure to be used as a part of telemedicine. Although it has been created in response to the COVID-19 pandemic crisis, it could be suitable for every situation even in out-or inpatient clinic. Further examinations are needed for

evaluation in regular (every 3-6 months) follow-up.

### 94. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF AUTOIMMUNE, IGG4-RELATED OESOPHAGITIS, OESOPHAGEAL STENOSIS AND MESENTERIC PANNICULITIS

Solt J.<sup>1</sup>, Bogner B.<sup>2</sup>, Faluhelyi N.<sup>3</sup>, Varjú C.<sup>4</sup>, Illés A.<sup>1</sup>, Csizmadia C.<sup>5</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>

1. First Dept. of Medicine, Medical School, University of Pécs; 2. Dept. of Pathology, Medical School, University of Pécs; 3. Dept. of Medical Imaging, Medical School, University of Pécs; 4. Dept. Rheumatology and Clinical Immunology, Medical School, University of Pécs; 5. Dept of Medicine City Hospital Mohács

**Introduction:** Immunoglobulin IgG4-related disease is characterized by specific histopathologic findings of an intense lymphoplasmocytic infiltrate, storiform fibrosis, and obliterative phlebitis in the presence of predominant IgG4-positive plasma cells. Extraparaneoplastic manifestations were first described in 2003. Autoimmune, IgG4-related oesophagitis is extremely rare, review of the literature yielded only five cases. Leading symptoms are the odynophagia and dysphagia caused by oesophagitis and oesophageal stricture. Oesophageal balloon dilatation therapy improves symptoms, but it may be followed by progression and restenosis. The diagnosis is difficult, because the traditional methods are not informative enough. The frequent misdiagnosis can lead to surgery due to suspected malignancy and the diagnosis is established later on with IgG4 immunostaining of the surgical specimen.

**Aims:** We present a case of IgG4-related stenotic oesophagitis for the first time in Hungary.

**Case report:** The dysphagia of a 56-year old female started 5 years ago. The ulcerative inflammation and the dysphagia worsened despite 40 mg pantoprazole twice daily and a stenosis with inflammatory exudates measured 8 mm in diameter developed in the proximal third of the oesophagus. The patients lose 20 kg of body weight (BW). The stricture was dilated up to 12 mm in diameter with balloon catheter. Mild stenosis with white plaques, friable mucosa was observed in the middle part of the oesophagus and two longitudinal erosions were seen above the cardia after the dilatation. Repeated biopsies from the three part of esophagus excluded eosinophil oesophagitis. Infiltration of lymphoplasmocytic inflammation, rich in plasma cells and neutrophils was seen, therefore immunohistochemical examination performed, which revealed IgG4-positive autoimmune oesophagitis. The mean number of IgG4-positive plasma cells was > 50/HPF and the mean IgG4/IgG ratio was > 40%. Laboratory data were unremarkable including the serum IgG4 level was 1.28 g/L (0.03-2.01). As general checkup for extraoesophageal autoimmune manifestation, abdominal CT scan revealed mesenteric infiltration (100x55mm), mesenteric panniculitis. Low dose local budesonide in the oesophagus was ineffective, therefore immunosuppressive therapy was applied with methylprednisolone and azathioprine. Methylprednisolone was tapered and was discontinued after 10 weeks. Control abdominal CT scan after five months revealed no change in the extension of mesenteric panniculitis, but the intensity of infiltration drastically reduced. The patient gained 22 kg of BW after dilatation and during the immunosuppressive therapy. The dysphagia ceased and the patient became symptom free. Follow-up endoscopy is planned to evaluate histologic remission.

**Conclusions:** Not only eosinophil, but autoimmune, IgG4-related oesophagitis can be considered in therapy resistant oesophageal stricture with

unexplained aetiology. Multiple biopsies and immunohistochemical examinations are the cornerstone of proper diagnosis. The dilatation is effective, but - similarly to graft versus host reaction after peripheral blood stem cell transplantation - extensive sloughing of the oesophageal mucosa may occur after balloon dilatation. The immunosuppressive treatment resulted in regression of the mesenteric panniculitis, and may reduce the tendency of restenosis. The disease affects not only the oesophagus, but often multiple organ manifestations are associated.

#### 95. EXAMINATION THE PROTECTIVE EFFECT OF ORAI1 CA2+ CHANNEL INHIBITION IN CHRONIC PANCREATITIS

Szabó V.<sup>1,2,3,4</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Csákány-Papp N.<sup>1,2,3,4</sup>, Görög M.<sup>1,2</sup>, Tél B.<sup>1,2,5</sup>, Jójárt B.<sup>1,2,3,4</sup>, Molnár M.<sup>1,2</sup>, Varga Á.<sup>1,2,3,4</sup>, Madácsy T.<sup>1,2,3,4</sup>, Hegyi P.<sup>6</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, HAS-University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. Molecular Gastroenterology Research Group, HCEMM-University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. Doctoral School of Theoretical Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. 1st Department of Paediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Centre for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary

**Introduction:** Chronic pancreatitis (CP) is a progressive inflammatory disease characteristically accompanied by irreversible functional and structural damages of the pancreas, like destruction of acinar cells and appearance of prominent fibrosis. Currently there is no available therapy that would be able to restore fibrotic injury during CP. It is well known that sustained elevation of intracellular Ca<sup>2+</sup> concentration induces injury to pancreatic tissue and the development of acute pancreatitis (AP). Orai1 is the most abundant Ca<sup>2+</sup> channel in pancreatic tissue. Its role in pathomechanism of AP is known, but its contribution to development of CP is not clear.

**Aims:** Investigation the effect of Orai1 in the pathomechanism of CP in mice.

**Methods:** CP was induced by repetitive administration of cerulein for 2 weeks in wild type FVB/N mice and selective Orai1 inhibitor (CM-C) was administered on the last 5 days as post-treatment. Severity of CP was evaluated by analyzing histological parameters, pancreas weight/body weight ratio, hydroxyproline (HyP) content, amylase activity. Ductal function was analyzed by *in vivo* secretion, Cl<sup>-</sup> and HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> physiological measurements and CFTR immunostaining. Inflammatory markers were characterized by immunohistochemistry and RT-qPCR. Amount of pancreatic stellate cells (PSC) was determined by immunostaining for alpha-SMA and GFAP.

**Results:** Pancreatic sections showed minimal intact parenchyma, acinar-ductal metaplasia, and diffuse intestinal fibrosis in CP. Post-treatment with CM-C significantly reduced the severity of cerulein-induced CP, the pancreas contained greater parenchyma extent and less fibrotic tissue. HyP content also indicates the severity of fibrosis, which was significantly higher in CP compared to CM-C treated group. Orai1 inhibition increased the pancreas weight/body weight ratio, partially restored the acinar functions, like tissue amylase activity. CM-C increased the *in vivo* pancreatic fluid secretion, prevented the CP-induced inhibition of HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> and Cl<sup>-</sup> secretion and re-established the mislocalization of CFTR protein in pancreatic ducts. Orai1 inhibition decreased the

level of inflammatory marker mRNAs (Tnfa, Tgfb1, Il1b) and immune cell marker proteins (CD3, CD8, CD19, F4/80, MPO). Amount of activated-PSCs increased during CP but decreased due to CM-C treatment.

**Conclusion:** Selective inhibition of Orai1 reduced the severity of CP, which may open new therapeutic possibilities in the treatment of CP.

#### 96. AZ ANTIBAKTERIÁLIS OLDATTAL TÖRTÉNŐ SZÁJÖBLÍTÉS HATÁSA A POST-ERCP-S CHOLANGITIS KIALAKULÁSÁRA

Szabó Á.<sup>1</sup>, Feró E.<sup>1</sup>, Gyömbér E.<sup>1</sup>, Göncz M.<sup>1</sup>, Soós E.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai osztály, Operatív endoszkópos labor

**Introduction:** Az endoszkópos retrograd cholangio-pancreatográfia (ERCP) az epeutak betegségeinek diagnosztikájában és terápiájában alkalmazott minimálisan invazív endoszkópos modalitás, melynél minden hetedik betegnél valamilyen, vizsgálattal vagy szedációval összefüggő komplikáció jelentkezik. A cholangitis kialakulásával az esetek 0,5-3%-ban kell számolni, mely a kórházi ápolási idő megnyúlását és antibiotikum kezelést tesz szükségessé növelve az ellátás költségét és mintegy 0,1%-os mortalitást eredményez.

**Aims:** Tanulmányunk célja meghatározni, hogy az antibakteriális oldattal történő szájbörlítés ERCP-t követő cholangitisre gyakorolt hatását.

**Methods:** A betegek bevonása a Szegedi tudományegyetem operatív endoszkópos laborjában prospektíven történt, akiket random módon osztottunk a két vizsgálati csoportba. Szájfertőtlenítés során ProntOralt alkalmaztunk 30-60 másodperces hatóidővel. Kizárási kritérium volt az endoszkópia előtt már fennálló cholangitis.

**Results:** A vizsgált 6 hetes periódusban a 89 ERCP-s betegből 61-et tudtunk bevonni az iniciálisan fennálló cholangitises esetek kizárását követően. A betegek átlagos életkora 64,03 év volt (tartomány 12-93, medián 68), a nemek előfordulási gyakoriságában nem volt különbség (30 férfi, 31 nő). A betegek 91,8%-a a vizsgálatot indikáló betegségtől eltekintve egészséges volt vagy releváns társbetegségben nem szenvedett (35 beteg ASA 1 score, 21 eset ASA 2 score és 5 eset ASA 3 score). Antibakteriális oldattal való szájbörlítés 34 személynél történt, akik közül 3 személynél (8,82%) alakult ki post-ERCP-s cholangitis. Ennek aránya a szájbörlítésen át nem esett személyeknél szignifikánsan nem tért el (2 eset, 7,41%). A post-ERCP cholangitis szempontjából a 60 feletti életkor (12,20% vs. 0,00%) és a beteg általános állapota (ASA 1-2 score: 3,57% vs. ASA 3 score: 20,00%) bizonyult független rizikótényezőnek. A betegek átlagos ápolási ideje 3,56 nap volt (tartomány 1-14 nap, medián 3 nap), és ez nem különbözött a vizsgálati alcsoportokban, valamint az életkor, az ASA score és a post-ERCP-s cholangitis esetén sem.

**Conclusion:** A korai eredményeink alapján a vizsgálati populációban az antibakteriális oldattal történő szájbörlítés szignifikánsan nem csökkentette a post-ERCP-s cholangitis kialakulásának kockázatát, de az adekvát következtetések levonásához az esetszám további növelését látjuk szükségesnek. Az irodalmi adatokkal megegyezően a beteg rossz általános állapota (ASA score ≥3) és a 60 év feletti életkor bizonyult a post-ERCP-s cholangitis független rizikótényezőjének.

#### 97. EARLY PREDICTION OF ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS BY ARTIFICIAL INTELLIGENCE: A PROSPECTIVE COHORT ANALYSIS OF 2387 CASES

Szabolcs K.<sup>1,2,3</sup>, József P.<sup>4</sup>, Roland M.<sup>4,5</sup>, Marcell N.<sup>4</sup>, Nelli F.<sup>2,6</sup>, Zoltán S.<sup>2</sup>, Péter F.<sup>2,7</sup>, László P.<sup>2</sup>, Mária F.<sup>1,2,3</sup>, Aron V.<sup>8</sup>, Tamás T.<sup>9</sup>, László C.<sup>9</sup>, Ferenc I.<sup>10</sup>, Adrienn H.<sup>1,10</sup>, Eszter B.<sup>10</sup>, József H.<sup>11</sup>, Márta V.<sup>12</sup>, Artautas M.<sup>13</sup>, Nándor F.<sup>14</sup>, Orsolya F.<sup>14</sup>, Szilárd V.<sup>2,15</sup>, Rita N.<sup>2,3,15</sup>, Stefania B.<sup>15,16</sup>, Péter Jenő H.<sup>15,17</sup>, Katalin M.<sup>15,17</sup>, Katalin B.<sup>15,18</sup>, Attila D.<sup>15,19</sup>, Nóra H.<sup>15,20</sup>, László Z.<sup>15,21</sup>, Bálint E.<sup>15,17</sup>, Zsolt M.<sup>15,21,22</sup>, Andrea P.<sup>2,3</sup>, Péter H.<sup>2,15,17</sup>, Andrea S.<sup>1,2,15</sup>

1. Doctoral School of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Szeged; 2. Institute for Translational Medicine, Szentágotthai Research Centre, Medical School, University of Pécs; 3. Heim Pál National Pediatric Institute; 4. Human and Social Data Science Lab, Budapest University of Technology and Economics; 5. Stochastics Research Group, Hungarian Academy of Sciences – Budapest University of Technology and Economics; 6. Institute of Bioanalysis, Medical School, University of Pécs; 7. Department of Biomathematics and Informatics, University of Veterinary Medicine; 8. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs; 9. Department of Medicine, University of Szeged; 10. Department of Internal Medicine, Szent György Teaching Hospital of County Fejér; 11. Bajcsy-Zsilinszky Hospital; 12. Department of Gastroenterology, BMKK dr Rethy Pal Hospital; 13. Vilnius University Hospital Santaros Clinics, Clinics of Abdominal Surgery, Nephrourology and Gastroenterology, Faculty of Medicine, Vilnius University; 14. Department of Medical Imaging, Medical School, University of Pécs; 15. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 16. Doctoral School, Carol Davila University of Medicine and Pharmacy; 17. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University; 18. 2nd Department of Pathology, Semmelweis University; 19. Department of Transplantation and Surgery, Semmelweis University; 20. Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University; 21. Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Semmelweis University; 22. Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Poznan University of Medical Sciences

**Introduction:** Pancreatic necrosis is a consistent prognostic factor in acute pancreatitis (AP). However, the clinical scores currently in use are either too complicated or require data that are unavailable on admission or lack sufficient predictive value.

**Aims:** We therefore aimed to develop a tool to aid in necrosis prediction.

**Methods:** The XGBoost machine learning algorithm processed data from 2,387 patients with AP. The confidence of the model was estimated with a bootstrapping method and interpreted by the 10th and 90th percentiles of the prediction scores. Shapley Additive exPlanations (SHAP) values were calculated to quantify the contribution of each variable provided. Finally, the model was implemented as an online application using the Streamlit Python-based framework.

**Results:** The XGBoost classifier provided an AUC value of 0.757. Glucose, C-reactive protein, alkaline phosphatase, gender and total white blood cell count have the most impact on prediction based on the SHAP values. The relationship between the size of the training dataset and model performance shows that the prediction performance could be improved and has not yet reached its maximal prediction performance.

**Conclusion:** This study combines necrosis prediction and artificial intelligence. The predictive potential of this model is comparable to current clinical scoring systems and has several advantages over them; however, it does not

substitute

physicians'

decisions.

## 98. A GYERMEKEK NEM KIS FELNŐTTEK

Szász-Veress E.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Keserü A.<sup>1</sup>, Maksa M.<sup>1</sup>, Nagyné Budai N.<sup>1</sup>, Sendula E.<sup>1</sup>, Tóth A.<sup>1</sup>, Varga R.<sup>1</sup>, Székely A.<sup>1</sup>, Horváth L.<sup>1</sup>, Fejes R.<sup>1</sup>, Nyikos O.<sup>1</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>

1. Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház I. Belgyógyászat Endoszkópos laboratórium

**Introduction:** A gyermekek endoszkópos vizsgálatát a nagyobb endoszkópos centrumokban világszerte többnyire nem gyermekgyógyász endoszkópos szakemberek végzik. Az előadás célja a Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház Endoszkópos Laboratóriumában a gyermekek endoszkópos vizsgálata során az elmúlt 10 évben szerzett tapasztalataink bemutatása.

**Methods:** Ezen időszak alatt összesen 1158 beteget vizsgáltunk. Az előadásban kitérünk az európai endoszkópos és gyermekgyógyászati szakmai vezérfonalakban (ESGE/ESPGHAN) javasolt felső és alsó endoszkópos diagnosztikus és terápiás vizsgálatok indikációira, ellenjavallataira a gyermekeken végzett vizsgálatok sajátosságaira és elemezzük a saját betegeink adatait a javaslatok és evidenciák tükrében. Laboratóriumunkban 4 éves kor vagy 15 kg testtömeg feletti, a gyermekgyógyászati osztályon fekvő betegeket vizsgálunk. A standard (9mm) felnőtt gasztroszkóp a vizsgált betegeknél kivétel nélkül jól használható. A 15-30 kg testtömegű gyermekeknél a vizsgálatok többségében standard felnőtt gasztroszkópot használunk. A 14 év alatti gyermekeket szinte kivétel nélkül altatásban, az ennél idősebbek esetében a gyermekkel és a szülővel egyeztetve szoros monitorozás mellett mély szedációban végeztük a vizsgálatot. A felnőtt endoszkópos a vizsgálatot a gyermek-gasztroenterológussal konzultálva, gyermekgyógyász jelenlétében végzi. Ileo-kolonoszkópiára a gyermekek előkészítése testtömegüktől is függ; előkészítésre nátrium foszfát tartalmú készítmények ellenjavalltak. A biopszia a gyermekek vizsgálata során rutinszerűen javasolt és pontos helyét és számát az endoszkópia indikációját képező betegség határozza meg. Kis polipok (3-8 mm) eltávolításánál, különösen a jobb kolonfélből, hideghurkolásos, 8mm-nél nagyobb polipok esetén diatermiás polipektómia javasolt. A lenyelt gombelemek, éles-hegyes tárgyak eltávolítását 2 órán belül, a nyelőcsőben elakadt egyéb idegentesteket 24 órán belül javasolt elvégezni.

**Conclusion:** Gyermekekben ERCP, EUS, PEG laboratóriumunkban nem történik, ennek elvégzése specializált gyermek gasztroenterológiai centrumokban javasolt. Az ESGENA a gyermekek vizsgálata során 2 szakképesítéssel rendelkező gyakorlott endoszkópos asszisztentst jelenlétét javasolja minimum feltételként, ami laboratóriumunkban minden esetben teljesült.

## 99. TŰNETSZEGÉNY BÉLBETEGSÉG=CROHN?

Szatmári R.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Werling K.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Bánky B.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Bevezetés:** A Crohn betegséghez hasonló radiomorfológiai-, endoszkópos képet, valamint klinikai tüneteket mutató intestinális tuberculosis (TBC) Magyarországon ritka. A TBC a legnagyobb gyakoriságot a fejletlen, valamint fejlődő országokban mutatja, ahol viszont a gyulladós bélbetegség (IBD) előfordulása alacsonyabb. Az elmúlt időszak jelentős, hazánkat is érintő népcsoport mozgásai a tuberculosis epidemiológiájának változását vetíti előre. A



sokszor lappangó betegség, napjainkban is differenciál diagnosztikai kihívást jelent. A betegség fel nem ismerése, bélérintettség esetén a gyulladással járó bélbetegséget utánzó klinikum miatt, annak immunuszuppresszív szerrel történő kezelése, mind a morbiditást, mind a mortalitást negatívan befolyásolja. Esetünk kapcsán azokra a diagnosztikai lépésekre, kihívásokra szeretnénk felhívni a figyelmet, amelyek ismeretével javíthatjuk a kórkép felismerését, elősegíthetjük a két betegség megkülönböztetését.

**Eset:** 79 éves férfi beteg anamnézisében érdemi belszeri megbetegedés nem volt ismert. 2020. szeptemberében vizelet- és székletelakadás kapcsán kezdődött kivizsgálása. Konzervatív urológiai kezelés mellett vizeleti panaszai szűntek. Colonoscopia során a Bauhin billentyűtől aboralisan 4 cm-es polypus, 30-40 cm között felületes eróziók ábrázolódtak. Szövettan fokálisan aktív colitis (crypta abscessus) véleményezett, granuloma jelenléte nélkül. A beteget esetleges polypectomia elvégzése céljából referálták intézményünknek. Mivel az eltérések a subileusos epizódot nem magyarították, CT eneterográfiát kértünk, mely mesenterialis panniculitist, lymphadenopatiát, kiterjedt terminális ileum gyulladást vetett fel. A tüneteizény klinikum vékonybél Crohn betegség ellen szólt, kezelést nem indítottunk. Kiegészítő immunszelológiai, mikrobiológiai vizsgálatok történtek. Quantiferon teszt eredménye jelentős titer emelkedést mutatott. Az általunk megismételt vastagbélűkrözés során kisebb ileum fekélyek, oedemas mucosa, valamint a vastagbélben az elszórt, kis, plakkszerű erosiok mellett a colon ascendensben endoscoposan nem eltávolítható a lumen 1/3-t érintő Paris Ic/Ilc polypust észleltünk, mely high grade lézióknak bizonyult. Gyulladás tekintetében a szövettan granuloma jelenlétét továbbra sem igazolta, saválló pálca nem került látótérbe. Összeségében bél TBC diagnózisát vetettük fel, de a diagnózis biztos igazolásán túl, az antibiotikum rezisztencia tisztázása is indokolt volt. A mikrobiológiai laborral egyeztetve, ismételt endoscopia során fiziológiás sóoldatba kinyert biotatumokat küldtünk tenyésztésre, valamint PCR vizsgálatra. Utóbbi negatív eredmény adott. Mintegy 2 hónap elteltével a tenyésztés atípusos mycobacteriumot jelenlétét igazolta. Továbbiakban a rezisztencia viszonyokat figyelembe véve, immunuszuppresszív állapot kizárása után, a pulmonológus latens TBC miatt rifampicin kezelést indított. Az endoscoposan nem eltávolítható colon ascendens polypus miatt a multidiszciplináris munkacsoportunk jobb oldali hemicolectomiát javasolt, amely az antimikrobiális kezelés 5. hónapjában eseménytelenül megtörtént. Szövettan vizsgálat a nagyméretű polypban carcinomát nem igazolt, a gyulladás tekintetében IBD merült fel, de granulomát nem észleltek. A továbbra is panaszmentes beteget követjük.

**Összefoglalás:** Az esetünk a bél tuberculosis tüneteizény, de radiológiai és szövettani szempontból is gyulladással járó bélbetegséget utánzó megjelenésére hívja fel a figyelmet, melynek gyakorisága emelkedhet az elmúlt időszak globális változásai miatt. A jelenleg rutin szinten elérhető Quantiferon vizsgálat a betegség felvetésére alkalmas, de annak igazolása és adekvát kezelése időigényes, sokszor nehézkes folyamat.

#### 100. A PROTON PUMPA GÁTLÓK NEM BEFOLYÁSOLJÁK A TERÁPIÁS VÁLASZT VEDOLIZUMABBAL KEZELT GYULLADÁSOS BÉLBETEGETEKBN

Szemes K.<sup>1</sup>, Borbásné Dr. Farkas K.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>3</sup>, Fábian A.<sup>3</sup>, Szepes Z.<sup>3</sup>, Farkas K.<sup>3</sup>, Molnár T.<sup>3</sup>, Nagy F.<sup>3</sup>, Schäfer E.<sup>2</sup>, Szamosi T.<sup>2</sup>, Zsigmond F.<sup>2</sup>, Salamon Á.<sup>4</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>, Sarlós P.<sup>1</sup>

1. Pécsi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika; 2. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ - Honvédkórház; 3. Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika; 4. Tolna Megyei Balassa János Kórház

**Introduction:** A gyulladással járó bélbetegség kezelése során a biológiai terápia mellett egyidejűleg alkalmazott gyógyszerek terápiás választ befolyásoló hatása az utóbbi években az érdeklődés középpontjába került. A legújabb vizsgálatok szerint, az infliximab indukciós kezelés kisebb valószínűséggel idéz elő remissziót konkomittáns proton pumpa gátló (PPI) szedés mellett, mint a PPI nélküli betegcsoportban.

**Aims:** Célul tűztük ki annak megítélését, hogy a bélszelektív vedolizumab (VDZ) mellett alkalmazott PPI kezelés befolyásolja-e a vedolizumabra adott terápiás választ.

**Methods:** Vizsgálatunk során az országos, multicentrikus, VDZ kohorsz adatainak posthoc analízisét végeztük el azon betegeknek, akiknél a PPI szedés dokumentálásra került. A kimenetelt a VDZ kezelésre adott terápiás válasz (CDAI >100 vagy Mayo összpontszám >3 ponttal való csökkenése), az endoszkópos remisszió (SES-CD ≤4, Mayo endoszkópos alpontszám ≤1) és a klinikai remisszió (CDAI ≤150, Mayo ≤2) tükrében vizsgáltuk a 14. és az 54. héten. A statisztikai analízis során Pearson-féle  $\chi^2$  és Fisher tesztet végeztünk.

**Results:** Az eredeti kohorsz 204 betegből összesen 81 betegnél állt rendelkezésre a PPI szedésre vonatkozó adat. A 14. héten 70 betegnél észleltünk megfelelő klinikai választ, amely betegek 40%-a szedett folyamatosan PPI-t, míg a választ nem adók csoportjában a PPI szedés 63,6%-os volt ( $p=0,194$ ). Klinikai remisszió a 14. héten 38 betegnél alakult ki, itt 15 beteg (39,5%) szedett tartósan PPI-t ( $p=0,523$ ). Endoszkópos remisszió a 14. hétre csak 12 betegnél alakult ki, PPI-t 3 beteg kapott ( $p=0,191$ ). A VDZ kezelés 54. hetén 52 beteg adatát tudtuk elemezni. A 21 klinikai remisszióba került beteg közül 5 (23,8%) szedett tartósan PPI-t ( $p=0,178$ ). A 36 klinikai választ adó beteg 27,8%-a szedett PPI-t ( $p=0,476$ ). Endoszkópos remissziót 9 beteg esetében regisztráltunk, amelyek közül két beteg (22,2%) szedett PPI-t tartósan ( $p=0,695$ ).

**Conclusion:** Vizsgálatunkban a PPI szedés nem befolyásolta lényegesen a VDZ kezelésre adott terápiás választ és a remisszió elérését IBD-s betegeknek sem rövid, sem hosszútávon. További elemzés szükséges nagyobb esetszámú beteganyagban a PPI szedés gyógyszerhatását befolyásoló és bélmikrobiomra kifejtett összetett hatásának elemzése céljából.

#### 101. BOUVERET-SZINDRÓMA

Tóth K.<sup>1</sup>, Penyige J.<sup>1</sup>, Al-Droubni H.<sup>2</sup>, Somlai K.<sup>2</sup>, Pauer É.<sup>3</sup>, Freisinger L.<sup>1</sup>, Igaz I.<sup>1</sup>

1. Szent Margit Kórház, Gasztroenterológiai Részleg; 2. Szent Margit Kórház, Sebészeti Osztály; 3. Szent Margit Kórház, Radiológiai Diagnosztikai Osztály

Jelen előadásunk célja a Bouveret-szindróma tüneteinek, diagnosztikájának és terápiás lehetőségeinek ismertetése egy esetbemutatás kapcsán. A Bouveret-szindróma egy bilioenteralis fistulán keresztül a vékonybélbe jutó nagy epekő okozta bélelzáródást jelenti, mely az esetek 85%-ában a duodenumban okoz ileust. Leggyakrabban idős nők körében fordul elő. Előadásunkban egy 79 éves nőbeteg hasi panaszainak háttérében típusos gyomorkimenet-obstrukciós szindrómát okozó, a duodenumban beékelődött epekő igazolását mutatjuk be. Az epekő által okozott Bouveret-szindróma lehetőségét az elvégzett natív hasi röntgen és hasi ultrahangvizsgálatok is már felvetették, de megerősítésére további képalkotó vizsgálatot, hasi CT-t és

endoszkópos beavatkozást végeztünk. Ezt követően sebészeti beavatkozás történt, melynek során a cholecystoduodenalis fistula zárása és az epekő eltávolítása után a beteg gyógyultan távozott. Előadásunkban a diagnózisfelállítás idejének fontosságáról, illetve a terápiás lehetőségekről számolunk be, valamint szeretnénk felhívni a figyelmet az epekő okozta gyomorürülési zavar ezen ritka formájára.

## 102. AZ ALPHA2-ADRENOCEPTOROK STIMULÁCIÓJA NEM MÉRSÉKLI A NEM-SZTEROID GYULLADÁSGÁTLÓK ÁLTAL OKOZOTT BÉLKÁROSODÁST PATKÁNYBAN

Tóth A.<sup>1</sup>, Pálnok P.<sup>1</sup>, Hutka B.<sup>1</sup>, Al-Khrasani M.<sup>1</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Zádori Z.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet

**Bevezetés:** A nem-szteroid gyulladásgátlók (NSAID-ok) gyomrot és duodenumot károsító hatása mellett újabban egyre nagyobb figyelem irányul arra, hogy a vékonybél disztális részét is károsítják. Mivel ezen enteropátia pathomechanizmusa eltér a peptikus fekélyétől, és kialakulása savszekréció-gátlókkal nem befolyásolható, ezért intenzív kutatás folyik olyan szerek azonosítására, mellyel kivédhető lenne. Más munkacsoportok mellett korábban mi is kimutattuk, hogy az  $\alpha_2$  adrenerg receptorok stimulációja mérsékli az NSAID-ok által okozott gyomorfekélyek kialakulását patkányban. A vékonybél-károsodásra kifejtett hatásukat egyelőre alig vizsgálták.

**Célkitűzés:** Annak vizsgálata, hogy van-e védőhatása az alpha-2-adrenoceptor agonistáknak (clonidin és dexmedetomidin) az NSAID-okozta vékonybélkárosodás ellen patkányban.

**Módszerek:** Hím Wistar patkányokat (180-220 g) kezeltünk naponta kétszer per os clonidinnal (10 és 100 mg/kg), dexmedetomidinnal (5 és 50 mg/kg), vagy oldószerükkel (desztillált vízzel) három napon keresztül. A 2. napon enteropátiát indukáltunk indometacinnal (egy állatkísérletben széles körben alkalmazott NSAID) (20 mg/kg). 48 óra múlva (a teljes kísérlet 4. napjának reggelén) az állatokat elaltattuk. A vékonybél károsodását és gyulladását szövettani vizsgálattal és Western blottal határoztuk meg, emellett megmértük a vér- és fehérjevesztés mértékét is.

**Eredmények:** Indometacin hatására súlyos enteropátia alakult ki, mely szignifikáns testsúlyvesztéssel és gyulladáshoz vezető vékonybélhossz-rövidüléssel járt. A szövettani vizsgálat számos fekély, sőt perforáció kialakulását igazolta. A bélfalban jelentősen megemelkedett több fehérje szöveti szintje, melyek gyulladást jeleznek (mieloperoxidáz, pentraxin-3, katelicidin). Súlyos szérumszűrés-vesztést (főleg albuminvesztést) és vérvesztést észleltünk, ami a nagy számú vékonybélfekély következménye. Az alpha-2 adrenoceptor agonisták nem voltak képesek kivédeni az elváltozásokat, sőt, a dexmedetomidin nagyobb dózisának alkalmazása bizonyos paramétereket súlyosbított.

**Következtetés:** Eredményeink alapján a gastroprotektív hatású  $\alpha_2$  adrenerg receptor agonisták nem gátolják az indometacin által kiváltott enteropátia kialakulását patkányban. Ennek hátterében feltehetően a gasztropátia és enteropátia különböző patomechanizmusa áll, de további vizsgálatokat tervezünk a gyógyszerceport

gasztrointesztinális régióként eltérő hatásának tisztázására.

## 103. METABOLIC ASSOCIATED FATTY LIVER DISEASE IS ASSOCIATED WITH A MORE SEVERE ACUTE PANCREATITIS: A PROSPECTIVE COHORT ANALYSIS OF 2053 CASES

Váncsa S.<sup>1,2,3</sup>, Sipos Z.<sup>1</sup>, Nagy R.<sup>1,2,3,4</sup>, Ocskay K.<sup>1,2</sup>, Juhász F.<sup>1,2</sup>, Földi M.<sup>1,2,4</sup>, Vincze Á.<sup>5</sup>, Sarlós P.<sup>5</sup>, Bajor J.<sup>5</sup>, Izbéki F.<sup>6</sup>, Papp M.<sup>7</sup>, Vitális Z.<sup>7</sup>, Hamvas J.<sup>8</sup>, Czakó L.<sup>9</sup>, Faluhelyi N.<sup>10</sup>, Farkas O.<sup>10</sup>, Miklós E.<sup>1</sup>, Mikó A.<sup>1,11</sup>, Hegyi P.<sup>2,3</sup>, Macarie M.<sup>12</sup>, Galeev S.<sup>13</sup>, Maldonado E.<sup>14</sup>, Sallinen V.<sup>15</sup>, Török I.<sup>12</sup>, Mickevicius A.<sup>16,17</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>, Párniczky A.<sup>1,2,4</sup>, Szentesi A.<sup>1,18</sup>, Pár G.<sup>5</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,18</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Szentágotthai Research Centre, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 5. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 7. Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary; 8. Peterfy Hospital, Budapest, Hungary; 9. Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 10. Department of Radiology, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 11. Department of Medical Genetics, Medical School, University of Pécs; 12. County Emergency Clinical Hospital - Gastroenterology and University of Medicine, Pharmacy, Sciences and Technology, Targu Mures, Romania; 13. Saint Luke Clinical Hospital, St. Petersburg, Russia; 14. General Surgery, Consorci Sanitari del Garraf, Sant Pere de Ribes, Barcelona, Spain; 15. Department of Transplantation and Liver Surgery, Helsinki University Hospital and University of Helsinki, Helsinki, Finland; 16. Vilnius University Hospital Santaros Clinics, Vilnius, Lithuania; 17. Clinics of Abdominal Surgery, Nephrology and Gastroenterology, Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania; 18. Centre for Translational Medicine, Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** We have shown in a meta-analysis that fatty liver disease (FLD) influences the outcomes of acute pancreatitis (AP).

**Aims:** The aim of this study was to further analyze the prognostic role of metabolic-associated fatty liver disease (MAFLD) in AP in a prospective cohort.

**Methods:** We identified our cohort from the multicentric prospective International Acute Pancreatitis Registry run by the Hungarian Pancreatic Study Group (222254-1/2012/EKU). AP was diagnosed by the revised Atlanta criteria. For the diagnosis of MAFLD in addition to the presence of liver steatosis diagnosed with abdominal imaging one of the following criteria was positive: overweight or obesity, type 2 diabetes mellitus, or metabolic dysregulation. Outcomes of interest were in-hospital mortality, AP severity. We performed multivariate logistic regression analysis to analyze the effect of MAFLD on outcomes of AP and calculated odds ratios (ORs) with 95%

confidence intervals (95% CIs).  $p < 0.05$  was considered statistically significant.

**Results:** Out of the 2053 AP cases analyzed, 801 (39%) were diagnosed with MAFLD. Baseline characteristics of the MAFLD and non-MAFLD groups did not differ significantly, only for the proportion of men, alcohol, and hypertriglyceridemia induced AP. We did not find a significant difference between the groups regarding in-hospital mortality (OR=0.81, CI: 0.4-1.59), however, the overall odds of moderately severe and severe AP were higher in the MAFLD group (OR=1.40, CI: 1.09-1.79). In the subgroup of patients with one (OR=1.43, CI: 1.05-1.92) or three positive MAFLD criteria (OR=1.75, CI: 1.02-2.96), however, not with two positive criteria (OR=1.23, CI: 0.85-1.77).

**Conclusion:** Although we did not find an increased odds of in-hospital mortality, the odds of moderately severe and severe AP were higher in the MAFLD group.

#### 104. DIABETES MELLITUS IS NOT ASSOCIATED WITH HIGHER RISK OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA RECURRENCE IN DIRECT ACTING ANTIVIRAL TREATED HEPATITIS C INFECTED PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW WITH META-AN

Váncsa S.<sup>1,2,3</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>, Engl M.<sup>2</sup>, Szakó L.<sup>1</sup>, Farkas Á.<sup>2</sup>, Pár G.<sup>4</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Szentágotthai Research Centre, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary

**Introduction:** Hepatitis C virus (HCV) infection is associated with an increased risk of hepatocellular carcinoma risk. Direct-acting antiviral (DAAs) are efficient agents to treat HCV, however after treatment patients are still at risk of developing recurrent hepatocellular carcinoma (HCC) after sustained virologic response (SVR).

**Aims:** This study aimed to investigate the role of diabetes mellitus (DM), as a potential predictive risk factor, in the development of recurrent HCC in HCV-infected patients after DAA treatment.

**Methods:** This study was registered on PROSPERO under registration number CRD42021250238. We performed a systematic search in three medical databases. Studies were eligible if they reported on HCV-infected patients treated with DAAs, and reported the frequency of recurrent HCC in patients with and without DM. We calculated pooled unadjusted (UHR), adjusted hazard ratios (AHR), and odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CIs) in meta-analysis.

**Results:** We included 16 articles in our systematic review and meta-analysis. Recurrence of the HCC did not show significant difference between the diabetic and non-diabetic patients considering unadjusted hazard ratio (UHR=1.188, 95% CI: 0.913–1.54), multivariate hazard ratio (HR=1.402, 95% CI: 0.560–3.50) and odds ratio analyses (OR=1.11, 95% CI: 0.75–1.64). The recurrence did not differ significantly in the case of those patients, who reached SVR (UHR=1.04, 95% CI: 0.81–1.34; Figure 2B). We did not find any difference comparing diabetic and non-diabetic patients with advanced liver disease in terms of univariate hazard (UHR=1.39, 95% CI: 0.9–2.15) and odds ratio analyses (OR=0.83, 95% CI: 0.44–1.56).

**Conclusion:** Based on our analysis patients with DM are not at increased risk of HCC recurrence.

#### 105. POLARITY-CHANGED HUMAN PANCREATIC EPITHELIAL ORGANIDS PROVIDE ADVANCED ACCESSIBILITY TO APICAL MEMBRANE PHYSIOLOGY

Varga Á.<sup>1,2,3</sup>, Madácsy T.<sup>1,2,3</sup>, Görög M.<sup>1,2</sup>, Kiss A.<sup>1,2</sup>, Susánszki P.<sup>1,2</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Farkas G.<sup>4</sup>, Szederkényi E.<sup>4</sup>, Lázár G.<sup>4</sup>, Farkas A.<sup>5</sup>, Avaydin F.<sup>5</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. HAS-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. HCEMM-SZTE Molecular Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Hungarian Centre of Excellence for Molecular Medicine (HCEMM) Nonprofit Ltd., Szeged, Hungary

**Introduction:** Molecular-level secretory processes of pancreatic ductal cells have been intensively studied in recent decades, mainly by using widespread *ex vivo* models such as isolated ductal fragments or organoids. However, direct accessibility of the apical membrane - free from intraluminal pressure - is still difficult, limiting the applicability of the 3D cell cultures.

Therefore, we aimed to establish 3D primary pancreatic cell cultures with directly accessibility of the apical membrane and without interference of the intraluminal pressure caused by active ion and fluid secretion into tightly closed lumen.

**Methods:** Human pancreas organoid cultures (hPOCs) were established from pancreatic tissue samples collected from cadaver donors. Polarity switching of cystic organoids was induced by extracellular matrix removal. Apical-out hPOCs were used for scanning electron microscopy (SEM), RNA-seq, siRNA transfection, immunostaining and fluorescent  $\text{Cl}^-$ ,  $\text{Ca}^{2+}$  and fluid secretion measurements.

**Results:** Polarity-switch of hPOCs were evidenced by CFTR localization and brush border detection on the surface of apical-out organoids. Apical-out hPOCs showed incomparably higher CFTR and ANO1 dependent  $\text{Cl}^-$  extrusion than the conventional apical-in organoids. The  $[\text{Cl}^-]_i$  extrusion and balance altering effect of CFTR potentiator VX-770 was recorded. We also provide siRNA transfection- and pharmacological inhibition-based fluorescent techniques to detect apical  $\text{Cl}^-$  and  $\text{HCO}_3^-$  exchanger (CBE) and Epithelial Sodium Channel (ENaC) activity in human primary epithelial cells. While the basal  $[\text{Ca}^{2+}]_i$  of apical-out organoids has been found significantly higher and showed smaller deviation than their conventional apical-in counterparts, pharmacological inhibition of ORAI1 with GSK-7975A proved the channel contribution to physiological basal  $[\text{Ca}^{2+}]_i$ .

**Conclusion:** Taken together our data suggest that polarity-switched human pancreatic ductal organoids are suitable models and expand our toolset - with easy transfection and apically acting drug testing options - to take a step forward in basic and translational research.

#### 106. CFTR ACTIVITY IS DETERMINED STORE-INDEPENDENTLY BY SPCA2/STIM1/ORAI1 COMPLEX IN SECRETORY EPITHELIAL CELLS

Varga Á.<sup>1,2,3</sup>, Görög M.<sup>1,2</sup>, Madácsy T.<sup>1,2,3</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Kiss A.<sup>1,2</sup>, Susánszki P.<sup>1,2</sup>, Jójiárt B.<sup>1,2,3</sup>, Tél B.<sup>4</sup>, Balázs A.<sup>5</sup>, Farkas G.<sup>6</sup>, Szederkényi E.<sup>6</sup>, Lázár G.<sup>6</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. HAS-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. HCEMM-SZTE Molecular

Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. First Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Department of Pediatric Pulmonology, Immunology and Intensive Care Medicine, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany; 6. Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) determines the composition of bodily fluids secreted by epithelial cells. For CFTR activation the cAMP/PKA signaling is crucial. However, several studies suggest that the intracellular  $Ca^{2+}$  signaling, which strongly depends on the store operated  $Ca^{2+}$  entry (SOCE) in epithelial cells, is also able to alter the activity of CFTR through an unknown mechanism.

Therefore, we aimed to clarify the molecular background of  $Ca^{2+}$  signaling-dependent CFTR regulation in primary, polarized epithelial cells.

**Methods:** Mouse and human pancreas, liver and airway organoid cultures and isolated pancreatic ductal fragments were used for RNA-seq, immunostaining and fluorescent  $Cl^-$ ,  $Ca^{2+}$  and fluid secretion measurements. Protein-protein interactions were investigated by direct stochastic optical reconstruction microscopy (dSTORM) and cluster analysis while cAMP signaling was investigated with FRET.

**Results:** We demonstrated that the plasma membrane (PM)  $Ca^{2+}$  entry channel Orai1, which is activated during SOCE, mediates constitutively active extracellular  $Ca^{2+}$  entry in primary polarized epithelial cells (derived from the pancreas, liver and lung). This store independent activity is maintained by Secretory Pathway  $Ca^{2+}$ -ATPase 2 (SPCA2), which increases the Stim1-Orai1 interaction and Orai1 current in unstimulated cells. We found that Orai1 is co-expressed with CFTR in nanodomains of the apical PM and determines the activity of CFTR in epithelial cells from human and mice pancreas, liver and lung. Finally, we demonstrated that the regulation of CFTR by Orai1 involved  $Ca^{2+}$ /Calmodulin stimulated AC1, 3 and 8, which are located in the same protein nanodomain accompanied by CFTR and Orai1.

**Conclusion:** Our results suggest that the SPCA2 regulated, store-independent extracellular  $Ca^{2+}$  influx via Orai1 determines the activity CFTR in polarized epithelia, which is a novel form of regulation with significant physiological relevance.

#### 107. COMPARISON OF THE PREVALENCE AND ENDOSCOPIC MANIFESTATION OF H.PYLORI INFECTION IN 10 YEARS.

Vessel A.<sup>1</sup>, Alijanpourotagh Sara A.<sup>1</sup>, Mag K.<sup>2</sup>, Majlát Z.<sup>3</sup>, Tulassay Z.<sup>1</sup>, Mihály E.<sup>1</sup>

1. Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University, 1088 Budapest, 46 Szentkirályi str; 2. Department of Gastroenterology, Szent Borbála Hospital, Tatabánya; 3. Department of Internal Medicine, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest Hungary

**Introduction:** H.pylori is an infectious disease that can lead to the development of disorders such as gastritis, peptic ulcer and MALT lymphoma. Approximately 50% of the world's population has been estimated to be infected.

**Aims:** Our aim was to study the prevalence and endoscopic manifestation of H. pylori infection in patients undergoing upper gastrointestinal tract endoscopy in 10 years intervals

at the Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University Endoscopy unit.

**Methods:** An observational, retrospective and cross-sectional study was conducted to compare the prevalence of H. pylori 10 years apart (2010 and 2020) who underwent endoscopy with biopsy. Patients were studied in two consecutive months of 2010, compared to two consecutive months of 2020. The total number of patients was 600, 300 in 2010 (108 male/192 female), and 300 in 2020 (115 male/185 female).

**Results:** The overall prevalence of H.pylori infection was 18% (41.6% in males, and 58.3% in females). In 2010 the prevalence of H.pylori infection was 26.3% (40.5% in males, and 59.5% in females), and in 2020 the prevalence of H.pylori infection was 9.6%; (44.8% in males and 55.2% in females).

Gastric hyperemia and erosions were the leading manifestations of H.pylori (95.37% and 38.88%, respectively) and were significantly more prevalent than gastric ulcer, duodenal erosion/ulcer/hyperemia (9.25%,19.44%/2.77%/9.25% respectively).

In 2010 the prevalence of H.pylori endoscopic manifestations were: 98.73% as gastric hyperemia, 41.77% as gastric erosion and 6.32% as gastric ulcer.

In 2020 the prevalence of H.pylori endoscopic manifestation were: 86.2% as gastric hyperemia, 31% as gastric erosion and 17.24% as gastric ulcer.

In 2010 56% of the ulcers were H.pylori associated, while in 2020, this rate was 29%.

**Conclusion:** There is a significant reduction of 16.7% in the prevalence of H.pylori in a 10 year interval from 26.3% in 2010 to 9.6% in 2020. Additionally, the macroscopic appearance seen on endoscopy has changed as there is an increase of H.pylori ulcers and a decrease in erosions.

We observed an increase in the prevalence of the non-H.pylori stomach ulcers which can be an indicator of the widespread use of NSAIDs and lifestyle changes in the past 10 years.

#### 108. VÉKONYBÉL KAPSZULÁS VIZSGÁLATOK 2020 – 2021-BEN KÓRHÁZUNKBAN

Virág A.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Pálinkás D.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia

**Bevezetés:** Osztályunkon egyre több vékonybél kapszulás vizsgálatot végzünk, vékonybél eredetű vérzés-, valamint Crohn betegség gyanúja esetén. 2020 és 2021-ben elvégzett vizsgálatok retrospektív elemzését szeretnénk bemutatni.

**Eredmények:** Összesen 92 vizsgálatot végeztünk, 60 esetben gasztrointesztinális vérzés, anaemia miatt. 31 esetben Crohn betegség gyanúja miatt. 1 esetben pedig vékonybél térfoglalás gyanúja miatt. Gasztrointesztinális vérzés gyanújában elvégzett kapszulás vizsgálatok háttérben 14 alkalommal véleményeztünk angiodysplasiát, 12 esetben erósiót, 7 esetben NSAID okozta enteropathiát, 6 esetben fekély állt a háttérben, 4 esetben adenomatousus képlet, 18 esetben pedig nem találtunk vérzést okozó eltérést.

Vékonybél érintettségű Crohn betegség gyanúja esetén végzett vizsgálatok során 12 esetben igazolódott aktivitást

mutató Crohn betegség, 13 esetben pedig negatív lett a végeredmény. Egy alkalommal erosio, egy alkalommal NSAID enteropathia, egy alkalommal fekély, egy alkalommal idegenszövet gyanú merült fel.

### 109. AZ OTTHONI PARENTERALIS TÁPLÁLÁS – KANÜLSZÖVŐDMÉNYEK OPT CENTRUMUNKBAN

Weiszenberger O.<sup>1</sup>, Schäfer E.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Varga A.<sup>1</sup>, Kosztándi K.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Gasztroenterológiai Osztály

**Introduction:** Az otthoni parenteralis táplálás (OPT) a bélelégtelen betegek esetében az ESPEN 2016-os irányelve szerint az elsőként választandó, bizonyítékokon alapuló kezelési módszer. Bélelégtelességről akkor beszélünk, ha az adott betegnél az optimális enterális táplálással biztosítható tápanyag-, folyadék- és elektrolitfelszívódás nem elégséges a létfenntartáshoz. A fenti állapot több okból is létrejöhethet: kiterjedt bélresectiot követően (pl. mesenterialis érelzáródás, Crohn-betegség, malignus folyamat illetve egyéb műtéti komplikációk miatt), bélsipoly esetén vagy a bél bizonyos súlyos motilitászavarral járó betegségeiben.

**Aims:** az OPT-vel kapcsolatos leggyakoribb kanülszövődmények azonosítása és kezelése a saját gyakorlatunkban.

**Methods:** áttekintettük 2013 óta működő OPT centrumunk betegeinek dokumentációját.

Az évek során összesen 39 beteget vizsgáltunk ki OPT programba vonás előtt. Közülük két beteget még a kivizsgálási időszakban elvesztettünk malignus alapbetegségük rapid progressziója miatt, így OPT programba bevonásra 37 beteg került. Hét betegnél a sikeres rekonstrukciós műtét elvégzését követően az OPT elhagyható volt. További egy betegnél ugyan nem történt bélelyesítő műtét, de tápláltsági állapotának néhány hónappal későbbi újraértékelésével feleslegesnek bizonyult a kiegészítő parenteralis táplálás. Kilenc beteget veszítettünk el zömében malignus alapbetegségük progressziója miatt. Két beteget elégtelen compliance-ük miatt voltunk kénytelenek a programból kivonni. Négy betegünk más intézményben folytatta OPT-programját. Jelenleg tizennégy beteg vesz részt aktívan OPT programunkban.

**Results:** Az OPT-vel összefüggésbe hozható leggyakoribb szövődmények a centrál vénás hozzáférést biztosító kanüllel voltak kapcsolatosak. Gyakorlatunkban kétféle kanült használunk: PICC-line illetve port-a-cath. Az észlelt szövődmények: kanülinfectio lokális vagy generalizált gyulladással (összesen 18 eset), kanül elzáródása (9 eset), a behelyezéshez használt vena és vénás rendszer thrombosisa (3 eset), a kanül anyagának fáradása illetve egyéb technikai probléma miatti komplikáció (4 eset). Leggyakrabban a kanül cseréje vált szükségessé, egy-egy alkalommal sikerült megfelelő antibiotikummal kezeléssel a kanült „megmenteni”, illetve elzáródás esetén az átjárhatóságot újra biztosítani. Eddig OPT-vel összefüggésbe hozható halálesetünk nem történt.

**Conclusion:** az elmúlt közel 9 év alatt jelentősen fejlődött centrumunk a szövődmények időben történő felismerésében és hatékony ellátásában, a beteg kórházban töltött idejének minimalizálásban. Ezt nagyban segíti a szoros együttműködés intézményünkben a kanül implantációt végző sebészekkel illetve invazív radiológusokkal.

### 110. HCV SZŰRÉS ÉS DIREKT VÍRUSGÁTLÓ GYÓGYSZEREKKEL TÖRTÉNŐ KEZELÉS TAPASZTALATAI A BÖRTÖNÖKBEN

Werling K.<sup>1</sup>, Hunyady B.<sup>2</sup>, Makara M.<sup>3</sup>, Nemesi K.<sup>3</sup>, Horváth G.<sup>4</sup>, Schneider F.<sup>5</sup>, Enyedi J.<sup>6</sup>, Lesch M.<sup>7</sup>, Müller Z.<sup>8</sup>, Péterfi Z.<sup>9</sup>, Tóth T.<sup>10</sup>, Gács J.<sup>3</sup>, Fehér Z.<sup>5</sup>, Ujhelyi E.<sup>11</sup>, Molnár E.<sup>12</sup>, Nemes Nagy A.<sup>13</sup>

1. Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest; 2. Somogy megyei Kaposi Mór Oktató Kórház; 3. Dél-Pesti Centrumkórház Országos hematológiai és infektológiai intézet - Szent László telephely, Budapest; 4. Budai Hepatológiai Centrum, Budapest; 5. Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely; 6. Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger; 7. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak Jóna András Oktatókórház, Nyíregyháza; 8. Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktatókórház, Székesfehérvár; 9. Pécsi Tudomány Egyetem Klinikai Központ, Pécs; 10. Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; 11. Mikromikomed Kft, Budapest; 12. Semmelweis Egyetem Transzfúziológiai Tanszék, Budapest; 13. Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága Egészségügyi Főosztály, Budapest

**Introduction:** A hepatitis C fertőzés előfordulása a börtönökben többszöröse a lakosságénak. A betegek felkutatása, szűrőprogramok szervezése és a kiszűrtek mielőbbi kezelése segít elérni azt a célt, hogy 2030-ra a fertőzöttek aránya jelentősen csökkenjen világszerte. Az ajánlások javasolják a különböző rizikócsoportokban végzett szűrőprogramok szervezését. A magyar Büntetés-végrehajtási Intézetekben (BV) 15 éve folyik HCV szűrő és kezelési program. 2018 óta a betegek direkt vírusgátló gyógyszeres (DAA) kezelésben részesülnek.

**Aims:** Vizsgálat célja a 2018 óta a börtönökben folyó HCV szűrés és DAA kezelés tapasztalatainak összefoglalása.

**Methods:** A Büntetés-végrehajtási Intézetekben (BV) 2018-2021 között önkéntes alapon anti-HCV szűrővizsgálat, ezt követően HCV PCR és genotípus meghatározás történt. A kezelés a betegek felvilágosítása és írásos beleegyezése után kezdődött el. A kezelést hepatológus kollégák irányították, akik havonta jártak ki a börtönökbe. A szűrések és kezeléseket szervezésében és irányításában a BV egészségügyi személyzete segített. A retrospektív adatgyűjtés a Hepatológiai Centrumok adatbázisából és a HepReg adataiból történt.

**Results:** A HCV szűrés és kezelési programban a magyar börtönök 84% -a vett részt. 2018-2021 között 5779 elítélt szűrésre történt meg, melyből 5.49%-nál (317 eset) igazolódott HCV PCR pozitívitas. 82.3%-nál kezdődött el a DAA kezelés. 220 betegnél teljes idejű volt, míg 41 betegnél az adatfeldolgozás idején még folyamatban volt a kezelés. A rendelkezésre álló adatok alapján a tartós virológiai válasz 96,8%.

**Conclusion:** Az elítéltek közötti HCV szűrés és kezelési program jelentősen hozzájárul a HCV eliminációjához. A betegek szabadulásuk után nem terjesztik tovább a vírust. Az eredményes kezelésben nagy szerepe van kezelés előtti felvilágosításnak, a hepatológus kollégák és a BV egészségügyi dolgozók együttműködésének.

### 111. PREVALENCE OF AUTOIMMUNE-PHENOMENA BEHIND CHRONIC GASTRITIS OF UNKNOWN ORIGIN, AND ITS ROLE IN POOR HISTOLOGICAL OUTCOME OF THE STOMACH: A SINGLE-CENTRE, RETROSPECTIVE CROSS-SECTIONAL STUDY

Zádori N.<sup>1,2</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Szakó L.<sup>1,2,3</sup>, Váncsa S.<sup>1,2,4,5</sup>, Vörhendi N.<sup>1,2</sup>, Szakács Z.<sup>1,3</sup>, Frim L.<sup>1</sup>, Péter H.<sup>1,2,4,5</sup>, Czimmer J.<sup>1,3</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 2. János Szentágothai Research Centre,

University of Pécs; 3. First Department of Internal Medicine, University of Pécs, Medical School; 4. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 5. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University; 6. Division of Gastroenterology, First Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs

**Introduction:** Chronic gastritis (CG) is one of the most common findings with upper gastrointestinal endoscopy, but the underlying aetiology often remains unknown due to its underrated significance in clinical practice. However, the role of chronic inflammation of the stomach in the development of atrophy, intestinal metaplasia and eventually of gastric cancer is well documented.

**Aims:** We aimed to explore the possible aetiological factors of CG, determine the prevalence of systemic autoimmune (AI) disorders in patients with CG of unknown aetiology, and clarify the role of autoantibodies in the development of precancerous lesions in the stomach.

**Methods:** This is a retrospective, cross-sectional study, conducted from January 2016 to January 2020, including data from 175 patients. Exclusion criteria were: (1) acute gastritis; (2) reactive gastropathy; (3) gastric cancer; (4) subjects without any serology testing results; and (5) *Helicobacter pylori* positivity. The primary endpoint was a composite endpoint involving gastric atrophy and intestinal metaplasia (IM).

**Results:** Fifty-five per cent of patients with CG had autoantibodies. Systemic lupus erythematosus (SLE)-related antibodies were positive in most of the cases, including antinuclear antibody (ANA) positivity, which was found in 19.13% of the patients. AI positivity was shown to be associated with precancerous lesions in the stomach ( $p < 0.001$ ): IM, atrophy and IM with atrophy. Anti-parietal cell antibody positivity seems to be a significant risk factor for IM and IM with atrophy. AI thyroiditis-related antibodies and ANA positivity by itself were only associated with atrophy; SLE-related antibodies and IBD-related antibodies (ASCA and ANCA) correlated either with IM or with atrophy. No significant relation was found between any other investigated AI disease-related antibodies and precancerous lesions.

**Conclusion:** AI positivity often underlies gastritis of unknown aetiology and predisposes to precancerous lesions in the stomach. These antibodies can serve as non-invasive markers to aid in the identification of optimal timing of an endoscopic follow-up strategy. Furthermore, CG can be an early symptom of a systemic autoimmune disorder.

#### 112. DYSPEPSIA IS ASSOCIATED WITH CELIAC SEROPOSITIVITY AND ASCA OR ANCA POSITIVITY BUT NOT WITH OTHER AUTOIMMUNE PARAMETERS IN HELICOBACTER PYLORI NEGATIVE CHRONIC GASTRITIS

Zádori N.<sup>1,2</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Frim L.<sup>1</sup>, Vörhendi N.<sup>1,2</sup>, Szakó L.<sup>1,2,3</sup>, Vánicsa S.<sup>1,4,5</sup>, Hegyi P.<sup>1,4,5</sup>, Czimmer J.<sup>1,6</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 2. János Szentágothai Research Centre, University of Pécs; 3. First Department of Internal Medicine, University of Pécs, Medical School; 4. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 5. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University; 6. Division of Gastroenterology, First Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs

**Introduction:** Dyspeptic symptoms are frequent in the general population, with a high socio-economical burden.

*Helicobacter pylori* (*H. Pylori*) might be a possible etiological factor; however, it is also common in *H. Pylori* negative gastritis. Clarification of the underlying aetiology might be beneficial to set up the optimal treatment strategy for dyspepsia and the CG itself.

**Aims:** We aimed to assess the prevalence of dyspeptic symptoms in patients with *H. Pylori* negative CG and explore autoimmunity's possible role.

**Methods:** This retrospective study included data from patients with *H. pylori* negative CG. Exclusion criteria were: (1) acute gastritis; (2) reactive gastropathy; (3) subjects without any serology testing results (4) *H. Pylori* positivity; (5) presence of atrophy, IM, GERD, ulcer, or cancer. The following endpoints were assessed: (1) the rate of dyspepsia like symptoms; (2) association between dyspepsia and autoimmune disease related seromarker positivity (AISP); (3) frequency of other symptoms in CG and its association with AISP; (4) location of the inflammation and its association with AISP.

**Results:** From a total of 285 patients, 175 were included in this study. Among these patients, 95 experienced dyspeptic symptoms (54.29%) and were associated more with AISP ( $p=0.012$ ), especially with celiac seropositivity ( $p=0.045$ ), ANCA and ASCA positivity ( $p=0.043$ ). A significant association was not found with other tested AI-related antibody positivity.

**Conclusion:** Positivity of seromarkers of autoimmune diseases in chronic gastritis may predispose to have dyspeptic symptoms and may be the causative factor behind some cases of uninvestigated dyspepsia. These data suggest that further prospective studies are needed to clarify whether screening for autoantibodies in patients with dyspepsia are cost-effective and help the earlier diagnosis of autoimmune diseases.

#### 113. SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS IS GREATLY ASSOCIATED WITH THE RISK OF DEVELOPING NEW-ONSET DIABETES OR DYSGLYCAEMIA AFTER INFLAMMATION - A META-ANALYSIS OF 68018 PATIENTS

Zahariev J.<sup>1,2</sup>, Bunduc S.<sup>1,2,3,4</sup>, Kovács A.<sup>1,5</sup>, Demeter D.<sup>1,6</sup>, Havelda L.<sup>1,2</sup>, Veres D.<sup>1,7</sup>, Hosszúfalusi N.<sup>1,5</sup>, Juhász M.<sup>1,8,9</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,8,10</sup>

1. Center for Translational Medicine, Semmelweis University, 1085 Budapest, Üllői út 26, Hungary; 2. Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, 1085 Budapest, Baross utca 23-26, Hungary; 3. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, 020021 Bucharest, Dionisie Lupu street 37, Romania; 4. Fundeni Clinical Institute, 022328 Bucharest, Fundeni street 258, Romania; 5. Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University, 1085 Budapest, Üllői út 26, Hungary; 6. Hungarian Army Medical Center, 1134 Budapest, Róbert Károly körút 44, Hungary; 7. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Üllői út 26., H-1085 Budapest, Hungary; 8. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, 7624 Pécs, Szigeti út 12, Hungary; 9. Heim Pál National Pediatric Institute, 1089 Budapest, Üllői út 89, Hungary; 10. János Szentágothai Research Center, University of Pécs, 7624 Pécs, Szigeti út 12, Hungary

**Introduction:** One in four people develop diabetes (1), whereas three in five people develop dysglycaemia within 5 years after an episode of acute pancreatitis (AP)(2). Little is known about the risk factors that may play a role in the development of diabetes.

**Aims:** Identifying risk and prognostic factors for developing diabetes or dysglycaemia after AP.

**Methods:** We performed a systematic review and meta-analysis of the association of factors at the time of the index AP and new-onset diabetes or dysglycemia. The search was carried out in 3 databases on 2021.11.18. The protocol was registered with PROSPERO (CRD42021281983) and follows the PRISMA guideline. For the meta-analysis, we used a random-effects model (DerSimonian-Laird) to calculate pooled odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI).  $I^2$ -values and chi-squared tests were computed to assess statistical heterogeneity.

**Results:** We identified 19 studies totalling 68,018 participants of whom 4,273 developed dysglycaemia. Severe AP is associated with a higher odds of new-onset diabetes (OR 2.48; 95% CI 1.37-4.51;  $I^2=82%$  [67-90%]) than mild or moderate disease. The effect is more pronounced for dysglycaemia (OR 3.12; 95% CI 0.74-13.20;  $I^2=67%$  [14-87%]). Having severe or moderate AP is associated with an even higher OR for dysglycaemia (OR 5.97; 95% CI 2.23-15.99;  $I^2=78%$  [51-90%]). Subgroup analysis for follow-up time found an ever more pronounced effect within 4 years.

**Conclusion:** Having severe or moderate AP is linked to a higher risk of developing diabetes. The association is even stronger with prediabetes and more pronounced in the early years after an AP episode. While all AP patients should be monitored for dysglycaemia development, a stricter follow-up is warranted for severe AP patients in the first 4 years. This will facilitate early lifestyle and pharmacological interventions and reduce disease burden.

**References:** 1. Richardson, A., & Park, W. G. (2021). Acute pancreatitis and diabetes mellitus: a review. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 36(1), 15.

2. Das, S. L., Singh, P. P., Phillips, A. R., Murphy, R., Windsor, J. A., & Petrov, M. S. (2014). Newly diagnosed diabetes mellitus after acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. *Gut*, 63(5), 818-831.

## SZERZŐK NÉVSORA AZ ABSZTRAKT SORSZÁM MEGJELÖLÉSÉVEL / AUTHORS

**A**

Abu-El-Hajja M. 83  
Adrienn H. 97  
Al-Droubni H. 101  
Al-Khrasani M. 49, 50, 102  
Alijanpouratagsara A. 107  
Almási K. 21  
Altorjay I. 85  
Andrási P. 3, 41  
Andrea P. 97  
Andrea S. 97  
Artautas M. 97  
Attila D. 97  
Ayaydin F. 105

**Á**

Ágoston L. 59  
Ágoston S. 18  
Áron V. 97

**B**

Bacsur P. 1\*, 4, 33, 51, 90  
Bajcsai F. 10  
Bajor J. 103  
Bajzát D. 2\*  
Bakucz T. 3\*, 41, 85, 108  
Balázs Á. 82  
Balázs A. 106  
Bálint A. 1, 4\*, 33, 90  
Bálint E. 80, 97  
Bálint L. 47, 48  
Balla Z. 80  
Ballók A. 24  
Balogh A. 49  
Balogh C. 17\*, 22, 24  
Balogh E. 12  
Balogh F. 66, 67  
Bán K. 82  
Bánfalvi Z. 55  
Bánky B. 7, 99  
Bányainé Bodonyi K. 12  
Bárdos D. 5\*, 87  
Bartek P. 24  
Bátai Z. 80  
Becskeházi E. 6\*, 37, 58  
Bellák T. 58  
Bencze V. 7\*  
Benke M. 39  
Bennemann S. 82  
Benyó Z. 49  
Berke G. 8\*  
Bihari L. 9\*, 44  
Bódis B. 54, 70  
Bognár A. 10\*, 35  
Bognár S. 77  
Bogner B. 94  
Bor R. 1, 4, 11, 33, 90, 96, 100  
Borbásné Dr. Farkas K. 100  
Bősze Z. 11\*  
Bozsánovicsné Jánosi H. 63  
Budai B. 91  
Budai J. 12\*  
Bunduc S. 10, 13\*, 15, 29, 113

**C**

Crai S. 12  
Csákány-Papp N. 14\*, 95  
Csekő K. 6  
Cseprekál O. 69  
Csiki E. 32  
Csiszér M. 63  
Csizmadia C. 94  
Csöndes M. 24  
Csongrády B. 91  
Csontos Á. 69  
Czakó L. 37, 40, 52, 78, 85, 88, 96, 103  
Czapári D. 15\*  
Czimmer J. 111, 112  
Czompa D. 27  
Czuczor V. 18\*

**D**

Dakó S. 82  
Dancs N. 17, 19\*, 24  
Dávid A. 16\*  
Dávid G. 42, 43, 60, 61  
Deli M. 6  
Demeter D. 29, 113  
Dobai K. 83  
Dohos D. 75  
Dombi Á. 80  
Drácz B. 27\*  
Dubravcsik Z. 85  
Dudás I. 39  
Durcsán H. 21, 24, 86

**É**

Ébert A. 28\*  
Éliás A. 29\*  
Élthes Z. 30\*

**E**

Engh M. 31\*, 32\*, 81, 89, 104  
Enyedi J. 110  
Erdélyi M. 28  
Erdélyi Z. 42, 43, 60, 61  
Eröss B. 13, 29, 31, 32, 35, 36, 52, 77, 79, 81, 89, 103  
Eszter B. 97

**F**

Fábián Á. 47  
Fábián A. 1, 4, 33, 90, 100  
Faluhelyi N. 94, 103  
Farkas Á. 104  
Farkas A. 105  
Farkas B. 33\*  
Farkas G. 105, 106, 78, 88  
Farkas K. 1, 4, 16, 33, 51, 66, 72, 90, 100  
Farkas N. 15, 52, 53, 57  
Farkas O. 103  
Fehér Z. 110  
Fejes R. 73, 85, 98  
Felber M. 47  
Ferenc I. 97  
Feró E. 96  
Finta A. 34\*, 68  
Fogarasi B. 10, 35\*

Földesi I. 51, 72  
Földi M. 103  
Földvári-Nagy L. 29, 81, 89  
Folhoffer A. 91  
Freisinger L. 101  
Frim L. 31, 32, 111, 112  
Fülöp A. 5, 87  
Fülöpné Ravasz A. 63  
Fűr G. 80

**G**

Gábor J. 4  
Gács J. 110  
Gácsér A. 4  
Gagyi E. 36\*, 81  
Gajdán L. 54, 70  
Gajdos T. 28  
Gál E. 6, 37\*, 58  
Galeev S. 103  
Garab G. 24  
Gárdonyi M. 38\*  
Gede N. 13  
Gellért B. 39\*  
Gergő D. 10  
Gerlei Z. 19, 44  
Gervain J. 19, 78  
Gheorghe C. 13  
Gieszinger G. 40\*  
Gódi S. 78, 85  
Golovics P. 41\*, 42, 43, 60, 61, 66  
Gombos E. 75  
Göncz M. 96  
Gönczi L. 42\*, 43\*, 60, 61, 66, 67  
Görög D. 44  
Görög M. 95, 105, 106  
Graffits É. 38  
Groma G. 56  
Gscheidt H. 38  
Gurzó Z. 12  
Gyires K. 49, 50, 102  
Gyökeres T. 3, 41, 74, 81, 85, 92, 93, 108, 109  
Gyömbér E. 96  
Györi G. 91  
Gyuris Z. 4

**H**

Haboub Sandil A. 9, 44\*  
Hadani Y. 10  
Hagymási K. 27, 91  
Hahn O. 5, 87  
Hamvas J. 45\*, 46, 103  
Haragh A. 38  
Havelda L. 113  
Hegede G. 46\*  
Hegede R. 88  
Hegyí E. 8, 88  
Hegyí P. 6, 8, 10, 15, 28, 29, 31, 32, 35, 36, 37, 52, 53, 54, 70, 78, 79, 81, 83, 85, 88, 89, 95, 103, 104, 112, 113, 103, 13, 77  
Helle K. 34, 47\*, 48\*, 68



Helyes Z. 6  
 Herszényi L. 81  
 Hidvégi B. 76  
 Horváth A. 6  
 Horváth G. 110  
 Horváth I. 41  
 Horváth L. 73, 98  
 Horváth M. 27, 39, 55, 69, 99  
 Hosszúfalusi N. 79, 81, 89, 113  
 Hoyk Z. 6  
 Hritz I. 27, 39, 55  
 Hunyady B. 38, 110  
 Hutka B. 49\*, 50, 102

**I**

Igaz I. 101  
 Ilisz. Belgyógyászati Klinika E. 65  
 Ilankovic K. 50\*  
 Iliás Á. 1, 66, 67, 94  
 Illés D. 40  
 Imrei M. 77  
 Iszáka A. 12  
 Ivány E. 40  
 Izbéki F. 25, 52, 54, 70, 73, 78, 98, 103

**J**

Jászai V. 53  
 Jójárt B. 4, 14, 51\*, 72, 90, 95, 106  
 József H. 97  
 József P. 97  
 Juhász É. 47  
 Juhász F. 103  
 Juhász M. 13, 35, 52\*, 53\*, 83, 89, 113  
 Jurkinya R. 18

**K**

Kádár T. 12  
 Kadenczki O. 83  
 Kalina I. 91  
 Kalló P. 81  
 Kalocsai A. 57  
 Kaposi N. 91  
 Karamya Z. 40, 78  
 Karoliny A. 75  
 Kata D. 51, 72  
 Katalin B. 97  
 Katalin M. 97  
 Kató D. 54\*, 70  
 Keczer B. 55\*  
 Kelemen D. 28  
 Keller-Pintér A. 6  
 Keserü A. 73, 98  
 Kiss A. 56\*, 105, 106  
 Kiss G. 17, 22, 86  
 Kiss L. 80  
 Kiss S. 13  
 Köhler Z. 6  
 Kokas B. 5, 57\*, 87  
 Kokas M. 86  
 Kolossváry K. 93  
 Kolozsvári M. 63  
 Komlodi N. 66  
 Komlódi N. 67

Kónya Z. 38  
 Kormányos E. 80  
 Korsós M. 6, 58\*  
 Kosztándi K. 109  
 Kovács A. 113, 54, 70  
 Kovács G. 18, 59\*  
 Kovács J. 18  
 Kovács M. 47  
 Kovács V. 21, 24, 86  
 Kovács Z. 38  
 Kővári B. 63  
 Kozma B. 38  
 Krápeczné Decsi G. 38  
 Kui B. 40  
 Kürti Z. 43, 61, 67

**L**

Lakatos C. 20  
 Lakatos L. 42, 43, 60\*, 61\*  
 Lakatos P. 43, 61, 67, 42, 60, 66  
 Langhammer S. 62\*, 63\*  
 László C. 97  
 László P. 97  
 László S. 49  
 László Z. 97  
 Lásztity N. 20\*, 52, 83  
 Lázár G. 105, 106  
 Lenti K. 29  
 Lesch M. 110  
 Lillik V. 13, 54, 70  
 Lombay B. 64\*  
 Longobardi S. 65\*  
 Lontai L. 66\*, 67\*  
 Lovasz B. 34, 68\*

**M**

Macarie M. 103  
 Madácsy L. 34, 48, 68  
 Madácsy T. 14, 56, 95, 105, 106  
 Madarasi A. 20  
 Madarász R. 78  
 Mag K. 107  
 Magyarosi D. 38  
 Majlát Z. 107  
 Makara M. 110  
 Maksa M. 73, 98  
 Maldonado E. 103  
 Maléth J. 4, 14, 51, 56, 72, 90, 95, 105, 106  
 Marcell N. 97  
 Mária F. 97  
 Marjai T. 39  
 Márta K. 10, 15, 31, 79  
 Márta V. 97  
 Márta\* K. 77  
 Matics A. 38  
 Matuz M. 1  
 Maurovich Horvat P. 91  
 Mickevicius A. 103  
 Micskey É. 20  
 Mihály E. 65, 79, 89, 107  
 Miheller P. 1, 27, 39, 55, 66, 69\*, 76, 99  
 Miklós E. 103  
 Mikó A. 54, 70\*, 103

Mikó\* A. 13  
 Milassin Á. 1, 90  
 Mogyorósiné Medgyesi E. 71\*  
 Molnár A. 93  
 Molnár E. 110, 74\*  
 Molnár K. 19  
 Molnár M. 14, 95  
 Molnár R. 53, 28  
 Molnár T. 1, 4, 16, 33, 51, 66, 72, 90, 100, 73\*, 98, 51, 72\*, 90  
 Móri S. 57  
 Mosztbacher D. 83  
 Müller É. 54, 70  
 Müller K. 2, 75\*  
 Müller Z. 110  
 Müllner K. 7, 27, 76\*

**N**

Nagy A. 78  
 Nagy F. 33, 100  
 Nagy R. 15, 103  
 Nagy S. 18  
 Nagyné Budai N. 73, 98  
 Nándor F. 97  
 Nelli F. 97  
 Nemes Nagy A. 110  
 Nemesi K. 110  
 Németh A. 65, 77\*  
 Németh B. 78\*, 83, 88, 21  
 Németh D. 104, 111, 112  
 Némethné Budai É. 38  
 Nita A. 52  
 Nóra H. 97  
 Novák J. 12  
 Nyikos O. 25\*, 98

**O**

Obeidat M. 79\*  
 Ocskay K. 35, 103  
 Oczella L. 34, 68  
 Oláh P. 33  
 Ollé G. 47, 48  
 Omer A. 10  
 Orbán-Szilágyi Á. 3, 85  
 Orján E. 80\*  
 Orsolya F. 97

**P**

Pál S. 4  
 Palatka K. 30  
 Pálkás D. 36, 81\*, 108  
 Pallagi P. 14, 56, 95, 106  
 Pálnok P. 102  
 Pandur T. 42, 60  
 Pandúr T. 43, 61  
 Papp M. 30, 52, 103  
 Papp V. 27, 82\*  
 Pár G. 103, 104  
 Párniczky A. 52, 53, 75, 83\*, 103  
 Patai Á. 85, 76  
 Patoni C. 29  
 Pauer É. 101  
 Paulovicsné Kiss M. 63, 84\*  
 Pécsi D. 85\*, 21, 86\*  
 Pécsi G. 17, 19, 21, 22, 24, 86  
 Pekli D. 5, 87\*

Penyige J. 101  
 Pesei Z. 88\*  
 Péter F. 97  
 Péter H. 97, 111  
 Péter Z. 39, 55  
 Péter Jenő H. 97  
 Péterfi Z. 110  
 Pienar C. 83  
 Pintér E. 80  
 Pintér L. 4  
 Piros L. 9, 44  
 Polocsányi B. 18  
 Pozsgai G. 80

**R**

Rác F. 18  
 Rafael B. 16  
 Rakk D. 37  
 ifj. Rakonczay Z. 80  
 Rancz A. 31, 79, 89\*  
 Ráski G. 18  
 Regőczy H. 86  
 Rényi T. 41  
 Resál T. 1, 4, 33, 51, 66, 72, 90\*  
 Rétfalvi G. 21\*, 86  
 Rimanóczy É. 75  
 Rita N. 97  
 Roland M. 97  
 Rónaszéki A. 91\*  
 Rosztóczy A. 34, 47, 48, 68  
 Rusznyák K. 41, 92\*  
 Rutka M. 1, 4, 90

**S**

Sahin-Tóth M. 8, 78  
 Salamon Á. 100  
 Sallinen V. 103  
 Sándor M. 78  
 Sárdi K. 48  
 Sárközi M. 69  
 Sarlós P. 1, 54, 63, 70, 100, 103  
 Sasi-Szabó L. 2  
 Schäfer E. 1, 41, 66, 74, 93\*, 100, 109  
 Schnabel T. 29  
 Schneider F. 110  
 Sendula E. 73, 98  
 Simon V. 29  
 Sipos F. 65  
 Sipos Z. 103  
 Solt J. 94\*  
 Somlai K. 101  
 Soós E. 96  
 Sőtí D. 77  
 Stefania B. 77, 97  
 Stefanovics R. 78

Stollmayer R. 91  
 Strelnikov D. 65  
 Susánszki P. 105, 106  
 Szabó Á. 96\*  
 Szabó A. 24, 75, 24  
 Szabó G. 18  
 Szabó L. 35  
 Szabó V. 51, 56, 95\*, 105, 106  
 Szabolcs K. 97\*  
 Szakács Z. 13, 111  
 Szakó L. 32, 104, 111, 112  
 Szalai M. 34, 68  
 Szalay F. 64  
 Szamosi T. 1, 41, 66, 100, 108  
 Szántó K. 1, 4, 51, 72, 90  
 Szász D. 22\*  
 Szász-Veress E. 73, 98\*  
 Szatmári R. 99\*  
 Szederkényi E. 105, 106  
 Szegedi L. 18, 23\*, 59  
 Szegedi Z. 18  
 Székely A. 73, 98  
 Székely H. 27  
 Szekeres A. 37  
 Szemes K. 100\*  
 Szentannay J. 75  
 Szentesi A. 8, 15, 52, 53, 78, 88, 103  
 Szepes Z. 1, 4, 11, 33, 40, 85, 96, 100  
 Szijártó A. 5, 7, 9, 27, 39, 44, 55, 57, 69, 76, 82, 87, 99  
 Szilárd V. 97  
 Szita I. 42, 43, 60, 61  
 Szmola R. 78  
 Sztrikovics S. 54, 70  
 Szűcs Á. 7, 39  
 Szűcs Á. 57, 78

**T**

Tajti M. 40  
 Takács B. 4  
 Takács T. 37, 40, 74, 78, 88, 96  
 Tamás T. 97  
 Tari E. 35, 79  
 Tarján D. 77  
 Tél B. 95, 106  
 Tészás A. 52, 83  
 Teutsch B. 15, 31, 35, 36, 79, 81, 89  
 Tihanyi E. 44  
 Tiszlavicz L. 6, 37  
 Tóhádi R. 53  
 Tokodi I. 52  
 Tomasits K. 86  
 Tornai I. 30  
 Tornai T. 30  
 Török I. 103

Tóth A. 102\*, 73, 98  
 Tóth K. 101\*  
 Tóth T. 110  
 Tulassay Z. 107

**U**

Ujhelyi E. 110  
 Ujpál I. 19  
 Ujváry M. 57  
 Urszu M. 46

**V**

Vadászi K. 48  
 Vajda Z. 25  
 Váncsa S. 13, 15, 31, 103\*, 104\*, 111, 112  
 Várad A. 15  
 Varga A. 109  
 Varga Á. 14, 51, 56, 95, 105\*, 106\*  
 Varga D. 24\*  
 Varga R. 73, 98  
 Varjú C. 94  
 Varsányi M. 41, 92  
 Vass T. 82  
 Vén L. 59  
 Venglovecz V. 6, 28, 37, 58  
 Verbói M. 54, 70  
 Veréb Z. 37, 58  
 Veres D. 79, 89, 113, 10, 29, 31, 32, 35, 36, 77, 81  
 Vessel A. 107\*  
 Vilmos F. 76  
 Vincze Á. 52, 53, 54, 70, 85, 94, 100, 103, 84  
 Virág A. 108\*  
 Vitális Z. 30, 103  
 Völgyi Z. 26\*  
 Volosin M. 16  
 Vörhendi N. 10, 32, 36, 111, 112  
 Vuncs A. 38

**W**

Walton Á. 9  
 Wedrychowicz A. 52, 83  
 Weiszenberger O. 109\*  
 Werling K. 27, 76, 91, 99, 110\*

**Z**

Zádori N. 111\*, 112\*  
 Zádori Z. 49, 50, 102  
 Zahariev J. 113\*  
 Zoltán S. 97  
 Zsigmond F. 3, 41, 74, 93, 100, 108, 109  
 Zsolt M. 97\*

# HELIPROBE KILÉGZÉSI TESZT

## a HELICOBACTER PYLORI fertőzés kimutatására

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

### Gyors, nagyon érzékeny, pontos

(a vizsgálat eredménye reprodukálható korlátlan számban)

### Non-invazív módszer

(a szervezetet nem terheli, mellékhatás, szövődmény nincs)

### Kérjen ismertetőt!

Rendelés és felvilágosítás:

Izotóp Intézet Kft.

1121 Budapest, Konkoly-Thege Miklós út 29–33.

Telefon: Boldog Sándor - 06 30 288 5725

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



# Gelsectan<sup>®</sup>

KAPSZULA

**A BÉLFUNKCIÓ HELYREÁLLÍTÁSÁRA**

Bioprotektív filmréteggel



Új fejezet

**A MUKOPROTEKCIÓBAN**

természetes összetevőkkel

**A bélműködés helyreállítására:**

- a krónikus vagy kiújuló hasmenés,
- haspuffadás, fájdalom és bélgázképződés enyhítésére vagy megelőzésére szolgál

**Irritábilis bél szindróma (IBS-D) okozta bélműködési rendellenességekben:**

- bél túlérzékenység,
- bizonyos gyógyszerek szedése esetén.

**Klinikailag igazolt hatékonyság IBS-D-ben\***



\*Trifan et al, United European Gastroenterol J. 2019 Oct; 7(8):1093-1101. ; Ciriza de Los Rios et al, Therap Adv Gastroenterol. 2021 May. Vol. 14: 1-10

**Rendeltetés:** A Gelsectan<sup>®</sup> kapszula a bélműködés helyreállítására és a krónikus vagy kiújuló hasmenés, haspuffadás, fájdalom, felfúvódás és bélgázképződés tüneteinek enyhítésére vagy megelőzésére szolgál olyan betegeknél, akik az irritábilis bél szindróma (IBS) okozta bélműködési rendellenességekben szenvednek, melyek összefüggésben állhatnak a bél túlérzékenységével vagy bizonyos gyógyszerek szedésével.

**Összetétel:** Xiloglükán, borsófehérje és szőlőmagkivonat, xilo-oligoszacharidok, magnézium-sztearát (növényi eredetű) és amorf lecsapott szilícium-dioxid.

**Adagolás:** A tünetek súlyosságától függően 1 vagy 2 kapszula naponta kétszer (reggeli és vacsora előtt) 2-4 hétig. Szükség esetén a kezelést folytatható. Amennyiben termékünk alkalmazása során „nem kívánt eseményt” észlel, kérjük, 24 órán belül jelentse a [pharmacovigilance@goodwillpharma.com](mailto:pharmacovigilance@goodwillpharma.com) e-mail címen vagy a +36 30 2222763 telefonszámon. Orvostechikai eszköz. Dokumentum lezárva: 2022.05.11. GW02133

## MGT Tudományos Bizottság (SciCom) és a Programbizottság tagjai 2022

<b>MGT SciCom PROGRAMBIZOTTSÁG</b>		
Elnök	Hegy Péter	Budapest
Titkár	Imrei Marcell	Budapest
<b>MGT ELNÖKSÉG</b>	Vincze Áron	Pécs
	Molnár Tamás	Szeged
	Gyökeres Tibor	Budapest
	Palatka Károly	Debrecen
	Szepes Zoltán	Szeged
<b>MUNKACSOPORTOK</b>		
<b>UGT (Felső GI traktus)</b>	Rosztóczy András	Szeged
	Vincze Áron	Pécs
	Erőss Bálint	Pécs
<b>HPB (Hepatobiliaris)</b>	Hunyady Béla	Kaposvár
	Czakó László	Szeged
	Gyökeres Tibor	Budapest
	Papp Mária	Debrecen
<b>LGT (Alsó GI traktus)</b>	Miheller Pál	Budapest
	Szamosi Tamás	Budapest
	Czimmer József	Pécs
	Szepes Zoltán	Szeged
<b>BS (Basic science – Alapkutatás)</b>	Molnár Béla	Budapest
<b>MISC (Vegyes)</b>	Bajor Judit	Pécs
	Varga Márta	Békéscsaba
	Gasztonyi Beáta	Zalaegerszeg
<b>PG + CASE (Posztgraduális és Esetek)</b>	Bor Renáta	Szeged
	Sarlós Patrícia	Pécs
	Illés Dóra	Szeged
	Lovász Barbara	Budapest
	Fábián Anna	Szeged
	Farkas Klaudia	Szeged
<b>MULTIDISZCIPLINÁRIS</b>		
Sebészet	Szücs Ákos	Budapest
Gasztro-UH	Székely György	Budapest
EUS	Dubravcsik Zsolt	Kecskemét
Onkológia	Bodoky György	Budapest
Táplálkozástudomány	Izbéki Ferenc	Székesfehérvár
Gyermekgyógyászat	Párniczky Andrea	Budapest
Patológia	Tiszlavicz László	Szeged
Infektológia-Mikrobiológia	Rákóczi Éva	Debrecen
Aneszteziológia és Intenzív terápia	Molnár Zsolt	Pécs
Egészség gazdaságtan/Finanszírozás	Gurzó Zoltán	Gyula
Szakmai Kollégium	Novák János	Gyula
<b>ENDO Asszisztens</b>	Kiss Melinda	Pécs
	Szepes Zoltán	Szeged

## HIRDETŐK ÉS TÁMOGATÓK ADVERTISERS AND SPONSORS

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság köszönetet mond mindazoknak a cégeknek, amelyek a 64. Nagygyűlésen kiállítással, hirdetéssel vettek részt.

**ALLEGRO Kft.**

Budapest

**ANAMED Kft.**

Budapest

**AOP ORPHAN Pharmaceuticals AG**

Budapest

**BAYER Hungária Kft.**

Budapest

**BERLIN CHEMIE/A. MENARINI Kft.**

BUDAÖRS

**BIOGAIA DISTRIBUTION Hungary Kft.**

Budapest

**BRISTOL MYERS SQUIBB**

Budapest

**DISPOMEDIC Kft.**

Budapest

**EGIS Gyógyszergyár Zrt.**

Budapest

**EISBERG Kft.**

Budapest

**ELEKTRO-OXIGÉN Kft.**

Budapest

**ENDO PLUS SERVICE Kft.**

Budapest

**ERGO-PREVENT Kft.**

Villány

**EWOPHARMA Hungary Kft.**

Budapest

**FERRING MAGYARORSZÁG Kft.**

Budapest

**HUN-MED Kft.**

Törökbálint

**FRESENIUS KABI – GILEAD**

Budapest

**GOODWILL PHARMA Kft.**

Szeged

**HENDER-MEDICAL**

Győr

**IZOTÓP INTÉZET Kft.**

Budapest

**JANSSEN-CILAG Kft.**

Budapest

**MAGNAPHARM Hungary Kft.**

Budapest

**MEDICONS Kft.**

Budapest

**MEDIREX Zrt.**

Budapest

**MEDTRONIC Hungária Kft.**

Budapest

**MICROMEDICAL Kft.**

Budapest

**ORMA 2000 Kft.**

Szeged

**PFIZER Gyógyszerker. Kft.**

Budapest

**PROGASTRO Kft.**

Budapest

**RICHTER GEDEON Nyrt.**

Budapest

**ROCHE (Hungary) Ltd.**

Budapest

**SANDOZ HUNGÁRIA Kft.**

Budapest

**SANOFI-AVENTIS Zrt.**

Budapest

**SATCO Kft.**

Budapest

**SPEEDING Kft.**

Budapest

**STEELCO Hungary Kft.**

Budapest

**STRATHMANN GmbH&CO KG**

Budapest

**SUPREMEX Kft.**

Budapest

**TAKEDA PHARMA Kft.**

Budapest

**TEVA Magyarország Zrt.**

Budapest

**VITAMIKOSÁR Kft.**

Budapest

**ZENTIVA Pharma Kft.**

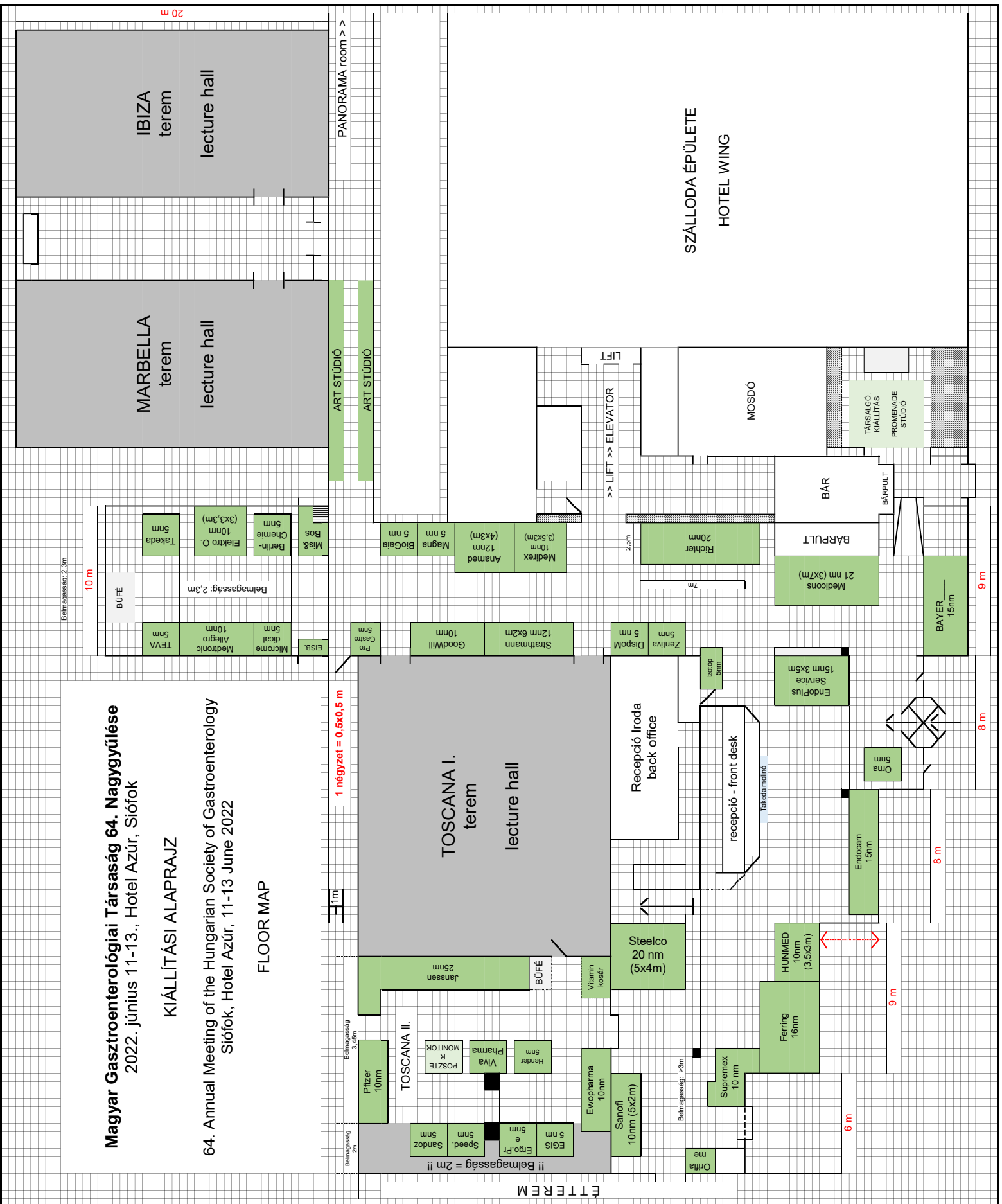
Budapest

**Magyar Gasztroenterológiai Társaság 64. Nagygyűlése**  
2022. június 11-13., Hotel Azúr, Siófok

**KIÁLLÍTÁSI ALAPRAJZ**

64. Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology  
Siófok, Hotel Azúr, 11-13 June 2022

**FLOOR MAP**





# CHOLEZTA

**ATORVASTATIN + EZETIMIB**

ÚJ FIX KOMBINÁCIÓ A KOLESZTERINSZINT CSÖKKENTÉSÉRE



**Készítmény megnevezése**

**Bruttó  
fogyasztói  
ár (forint)**

**Emelt indikációhoz  
kötött támogatási  
összeg (forint)**

**Térítési díj emelt indi-  
kációhoz (90%) kötött  
támogatás esetén (forint)**

**CHOLEZTA 10 MG/10 MG FILMTABLETTA 30x**

**4124**

**3472**

**652**

**CHOLEZTA 10 MG/20 MG FILMTABLETTA 30x**

**4110**

**3663**

**447**

**CHOLEZTA 10 MG/40 MG FILMTABLETTA 30x**

**5567**

**5010**

**557**

**CHOLEZTA 10 MG/80 MG FILMTABLETTA 30x**

**6420**

**5778**

**642**

**teva**



A Magyar Kardiológusok Társasága  
(MKT) kiemelt támogatója

Teva Gyógyszergyár Zrt. 4042 Debrecen, Pallagi út 13. Levelezési cím: 1385 Budapest, Pf. 860.  
Telefon: (1) 288-6400 Fax: (1) 288-6410 További információk: [www.teva.hu](http://www.teva.hu)  
CARD-HU-00039 Lezárás dátuma: 2022. április 4.

2022. április 1-től érvényes árak. Az árak és támogatások a [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu) oldalon követhetők. Az alkalmazási előírás elérhető az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet gyógyszer adatbázisában. Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!



[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show\\_details&item=197448](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=197448)



**A PROGRAMFÜZET HIRDETÉSEI A MEGJELENÉS SORRENDJÉBEN**  
**ADVERTISEMENTS OF THIS ISSUE**

CÉG	HIRDETÉS	OLDAL
Richter Gedeon Nyrt.	Quamatel	BII
Egis	Noacid	57
Sanofi	Cerezyme	58
Medicons Kft.	Calprotectin	62
Izotóp	Heliprobe	113
Goodwill	Gelsectan	114
Teva	Cholezta	118
Roche	Tecentriq	120
Janssen-Cilag Kft.	Stelara	BIII
Strathmann	Lactase	BIV

**JEGYZET / NOTES**

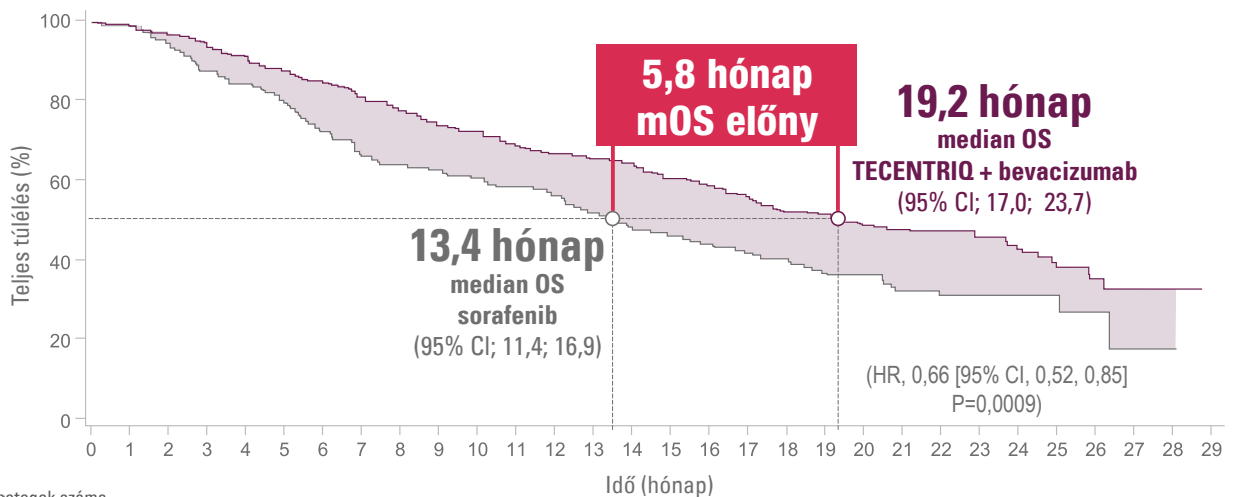


# TECENTRIQ® + bevacizumab standard terápia

az előrehaladott vagy nem reszekábilis  
hepatocelluláris karcinóma elsővonalas kezelésében<sup>2,3</sup>

**TECENTRIQ®**  
atezolizumab  
ÉLŐ KAPCSOLATOK

## IMbrave150: 5,8 hónappal hosszabb medián túlélés a TECENTRIQ® + bevacizumab karon<sup>1,4</sup>



Kockázatnak kitett betegek száma

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
<b>Atezo + Bev</b>	336	329	320	312	302	288	276	263	252	240	233	221	214	209	202	192	186	175	164	156	134	105	80	57	42	24	12	11	2	NE
<b>sorafenib</b>	165	158	144	133	128	119	106	96	92	88	85	81	78	72	66	64	61	58	55	49	44	32	24	18	12	7	3	2	NE	NE

## A TECENTRIQ® + bevacizumab kombináció 34%-al csökkentette a halálozás kockázatát a sorafenibbel szemben<sup>1,4</sup>

### TERÁPIÁS JAVALLATOK:<sup>2</sup>

A TECENTRIQ® bevacizumabbal kombinációban előrehaladott vagy nem reszekábilis hepatocelluláris karcinómában (HCC) szenvedő, olyan felnőtt betegek kezelésére javallott, akik korábban szisztémás kezelésben nem részesültek.

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását: [www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis](http://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis)

Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu) honlapon a Publikus gyógyszertervezés – lakossági tájékoztató alatt található információkat.

Kérjük, hogy a terápia megkezdése előtt olvassa el a kombinációs készítmények alkalmazási előírásait!

**Adagolása:** 2 hetente 840 mg intravénás alkalmazásban, vagy 3 hetente 1200 mg intravénás alkalmazásban, vagy 4 hetente 1680 mg intravénás alkalmazásban. A TECENTRIQ®-et kell először beadni, ha ugyanazon a napon adják be, mint a bevacizumabot.

15 mg/ttkg bevacizumabot kell beadni 3 hetente. A TECENTRIQ®-kezelést a kedvező klinikai hatás megszűnéséig vagy a kezelhetetlen toxicitás kialakulásáig ajánlott folytatni.

A TECENTRIQ® 1200 mg atezolizumabot tartalmazó koncentrátum oldatos infúzióhoz, 20 ml-es injekciós üvegben.

A TECENTRIQ® 840 mg atezolizumabot tartalmazó koncentrátum oldatos infúzióhoz, 14 ml-es injekciós üvegben.

Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jeleentsenek bármilyen feltételezett mellékhatást. A feltételezett mellékhatásokat bejelentheti közvetlenül a hatóság részére a hatóság honlapján található bejelentő lapon: [https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszer\\_mellekhatas](https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszer_mellekhatas). A bejelentő lapot elküldheti e-mailen: [adr.box@ogyei.gov.hu](mailto:adr.box@ogyei.gov.hu), faxon: +36-1-886-9472 vagy postai úton (Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet 1372 Budapest, Pf. 450. A nemkívánatos események a Roche gyógyszerbiztonsági egysége felé is jelenthetők: a [www.roche.hu](http://www.roche.hu) honlapon található bejelentő lapon, a [hungary.drugsafety@roche.com](mailto:hungary.drugsafety@roche.com) e-mail címen vagy az alábbi elérhetőségeken: Roche (Magyarország) Kft. H-1112 Budapest, Balatoni út 2/a. Tel: 0612794500, Fax: 0612794501

**Referenciák:** 1. Richard S. Finn et al.: IMbrave150: Updated overall survival (OS) data from a global, randomized, open-label phase III study of atezolizumab (atezo) + bevacizumab (bev) versus sorafenib (sor) in patients (pts) with unresectable hepatocellular carcinoma (HCC). GI ASCO 2021 Abstract 267. <https://meetinglibrary.asco.org/record/194237/abstract>; 2. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tecentriq-epar-product-information\\_hu.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tecentriq-epar-product-information_hu.pdf); 3. <https://www.esmo.org/guidelines/gastrointestinal-cancers/hepatocellular-carcinoma/eupdate-hepatocellular-carcinoma-algorithm>; 4. Finn RS: IMbrave150: updated overall survival data from a global, randomized, open-label Phase III study of atezolizumab + bevacizumab vs sorafenib in patients with unresectable hepatocellular carcinoma. Gastrointestinal Cancers Symposium 2021

**További információ:** Roche (Magyarország) Kft. 1112 Budapest, Balatoni út 2/a., Tel: 06-1-279 4500, Fax: 06-1-279 4501, e-mail: [hungary.medinfo@roche.com](mailto:hungary.medinfo@roche.com) Internet: [www.roche.hu](http://www.roche.hu)

M-HU-00000449, Lezárás dátuma: 2022.05.03.



**ERŐTELJES, GYORS ÉS TARTÓS  
KORTIKOSZTEROID MENTES  
TÜNETI REMISSZIÓ A CD  
ÉS AZ UC KEZELÉSÉBEN<sup>1-4</sup>**



**MEGBÍZHATÓ  
BIZTONSÁGOSSÁGI  
PROFIL<sup>2-5</sup>**



**KEDVEZŐ  
ÉS KÉNYELMES  
ADAGOLÁS<sup>3, 6-9</sup>**

# IDŐBEN ELKEZDETT KEZELÉSSEL A HATÉKONYSÁG NÖVELÉSÉÉRT<sup>1-7</sup>

## ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS

**STELARA® 45 mg, 90 mg oldatos injekció előretöltött fecskendőben, STELARA® 45 mg oldatos injekció, STELARA® 130 mg koncentrátum oldatos infúzióhoz (usztekinumab)**

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/](http://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/)) honlapján.

[https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/stelara-epar-product-information\\_hu.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/stelara-epar-product-information_hu.pdf)

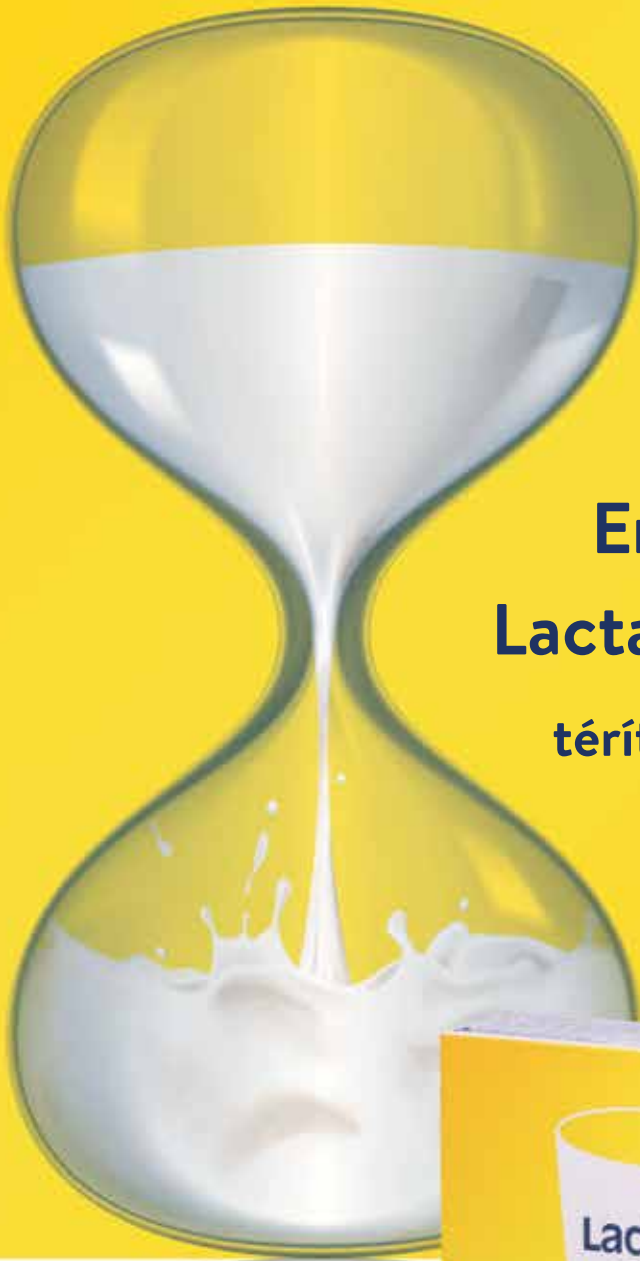
Szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható, kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (Sz). A forgalomba hozatali engedély száma: EU/1/08/494/001, 003-005. A forgalomba hozatali engedély jogosultja: Janssen-Cilag International NV Belgium, helyi képviselő: Janssen-Cilag Kft., Nagyenyed u. 8-14. H-Budapest, 1123. Tel: +361-884-2858.

A STELARA® a 9/1993 NM Rendelet 1/a1, 1/a2, 2/a, valamint 5. indikációs pontja alapján felnőttkori súlyos lumenar Crohn-betegség, felnőttkori komplex perianális vagy enterocutan fisztulával járó Crohn-betegség, felnőttkori súlyos colitis ulcerosa, valamint plakkos psoriasis indikációkban tételes finanszírozás alá eső készítmény. Az alkalmazó intézmények számára a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő központi közbeszerzés keretében szerzi be, illetve az egyes intézmények által felhasználható kvótákat ugyancsak a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő osztja fel az intézmények között. A közfinanszírozás alapjául elfogadott bruttó fogyasztói ár: 45 mg oldatos injekció: 925 136 Ft; 45 mg oldatos injekció előretöltött fecskendőben: 823 374 Ft; 90 mg oldatos injekció előretöltött fecskendőben: 1 849 233 Ft; 130 mg koncentrátum oldatos infúzióhoz készítmény: 852 089 Ft. Az esetleges árváltozásról, kérjük, tájékozódjon a [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu) honlapról.

### Hivatkozások:

**1.** Feagan BC, et al. N Eng J Med. 2016; 375: 1946-1960.; **2.** Sandborn WJ, et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2021; S1542-3565(21)00203-2. Epub ahead of print; **3.** STELARA® Alkalmazási előírás, 2021. november; **4.** Abreu MT, et al. ECCO 16th congress; July 2-3 & 8-10, 2021. Virtual. Abstract DOP83.; **5.** Ghosh S, et al. Drug Saf. 2019; 42(6): 751-768; **6.** Entyvio. Alkalmazási előírás, 2021. december; **7.** Remicade. Alkalmazási előírás, 2021. május; **8.** Humira. Alkalmazási előírás, 2021. május; **9.** Simponi. Alkalmazási előírás, 2020. november

# 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 34,12 mg laktázt (2000 FCCU) tartalmaz. **Javallat:** laktózintolerancia. **Ellenjavallat:** az alkotórészekkel szembeni gyógyszerérzékenység. **Adagolás:** laktóz tartalmú étkezést megelőzően elrágni. Egy rágótabletta 2 dl teljes tejben lévő laktóz (10 g) feldolgozásához elegendő. **Mellékhatás:** obstipáció, túlérzékenységi reakció. **Gyógyszerkölcsonhatás:** Na- és K-ionok jelenléte fokozhatja a laktáz enzim aktivitását, Ca-ionok és nehézfémek in vitro gátolják az enzim aktivitását. **Lactase rágótabletta 100x térítési díj 2183 Ft\*** (fogy. ár: 4851 Ft, támogatás 55%: 2668 Ft). További szakmai információért kérjük, olvassa el az alkalmazási előíratot (OGYÉI/70373/2019), vagy hívja információs irodánkat: Strathmann KG képviselete Telefon: (36-1) 320-2865, email: info@strathmann.hu • Az információ lezárásának időpontja: 2022. január 5.



STRATHMANN