



# Central European Journal of Gastroenterology and Hepatology

Gasztroenterológiai & Hepatológiai Szemle

ceu-jgh.org

Volume 12, Supplementum 1 / June 2026

## Magyar Gasztroenterológiai Társaság 68. Nagygyűlés

Siófok, Hotel Azúr, 2026. június 4 – 7.

### **PROGRAM ÉS ELŐADÁSKIVONATOK**

Hungarian Society of Gastroenterology  
68<sup>th</sup> Annual Meeting  
Siófok, Hotel Azúr, June 4 – 7. 2026. Hungary

### **PROGRAM / ABSTRACTS**



# ÉLJ KÖNNYEBBEN

Wegovy<sup>®</sup> kezeléssel



A Wegovy<sup>®</sup> egyedülállóan biztosít minőségi<sup>5\*</sup>  
fogyást kevesebb CV eseménnyel<sup>1-4#</sup>



**21%**

átlagos  
testsúlycsökkenés<sup>1,2\*</sup>



**20%**

kockázatcsökkenés a  
MACE tekintetében<sup>1,3†</sup>

ESC IIa ajánlással<sup>5‡</sup>

#Obezitással élő betegekben.

A képen nem valódi beteg szerepel.

A Wegovy<sup>®</sup> a testtömeg kontrollálására kiegészítő kezelésként szolgál a csökkentett kalóriatartalmú étrend és a fokozott fizikai aktivitás mellett, olyan felnőttek számára, akiknek a kezdeti testtömegindexe  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ , vagy azoknak a felnőtteknek, akik BMI értéke  $\geq 27 \text{ kg/m}^2$  és egyidejűleg testtömeggel kapcsolatos társbetegségben szenvednek. Legalább 12 éves gyermekeknek és serdülőknek 60 kg feletti testtömeg és egyidejű elhízás (BMI  $\geq 95$ -ös percentilishez tartozó BMI) esetén.<sup>1</sup>

▼ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jelentsenek bármilyen feltételezett mellékhatást. A mellékhatások jelentésének módjairól az alkalmazási előírás 4.8 pontjában kaphatnak további tájékoztatást.

\*A kiindulási értéktől a 72. hétig. A STEP UP vizsgálat itt bemutatott eredménye trial product estimand, azaz vizsgálati készítmény szerinti hatásbecslés, ami a kezelés várható hatása, amennyiben a vizsgálati készítményt az előírásoknak megfelelően adagolják. A feltüntetett 21% kerekített érték 20,7%-ról. A STEP UP vizsgálatban 1 407, cukorbetegségben nem szenvedő,  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  BMI-vel rendelkező felnőtt vett részt. Becsült kezelési különbség szemaglutid 7,2 mg vs placebo: 18,2%;  $p < 0,0001$ .<sup>1,2</sup> † A zsírszövet részaránya 84% a leadott testtömegből.<sup>4</sup> ‡ A 3 pontos MACE vonatkozásában a kockázati arány 0,80 (95% -os CI 0,72-0,90),  $p < 0,001$  szuperioritásra. A SELECT vizsgálatba 45 év feletti, fennálló kardiovaszkuláris betegséggel és legalább 27  $\text{kg/m}^2$ -es BMI-vel rendelkező nem diabéteszes betegek voltak be.<sup>3</sup> †A szemaglutid alkalmazása IIa szintű ajánlással szerepel a szív- és érrendszeri halálozás, a szívinfarktus vagy a stroke kockázatának csökkentésére krónikus szívkoszorúér-betegségben szenvedő, túlsúlyos (BMI  $> 27 \text{ kg/m}^2$ ) vagy elhízott betegek esetén, akiknél nem áll fenn 2-es típusú cukorbetegség.<sup>5</sup>

CV: kardiovaszkuláris; MACE: súlyos nemkívánatos kardiovaszkuláris esemény; ESC: Európai Kardiológiai Társaság; BMI: testtömegindex

1. Wegovy<sup>®</sup> alkalmazási előírás. 2. Wharton S et al. Once-weekly semaglutide 7.2 mg in adults with obesity (STEP UP): a randomised, controlled, phase 3b trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;13(11):949-963. 3. Lincoff AM et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. N Engl J Med. 2023;389(24):2221-2232. 4. Hjelmseth J et al. Effect of semaglutide on body composition and proximal muscle strength: the STEP UP trial. Presented at: The 61st European Association for the Study of Diabetes (EASD) Annual Meeting; September 15-19, 2025; Vienna, Austria. 5. Vrints C et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537.

**A MAGYARORSZÁGON FORGALOMBAN LÉVŐ KÉSZÍTMÉNYEK NEVE, ÁRA, TÁMOGATÁSA ÉS RENDELHETŐSÉGE:**

A Wegovy 0,25 mg FlexTouch oldatos injekció előretöltött injekciós tollban 1x1,5 ml (EU/1/21/1608/006) ill. a Wegovy 0,5 mg FlexTouch oldatos injekció előretöltött injekciós tollban 1x1,5 ml (EU/1/21/1608/007) ill. a Wegovy 0,5 mg FlexTouch oldatos injekció előretöltött injekciós tollban 1x3 ml (EU/1/21/1608/008) ill. a Wegovy 1 mg FlexTouch oldatos injekció előretöltött injekciós tollban 1x3 ml (EU/1/21/1608/009) bruttó fogyasztói ára/téritési díj: 54 350 Ft, tb támogatás: 0 Ft. A Wegovy 1,7 mg FlexTouch oldatos injekció előretöltött injekciós tollban 1x3 ml (EU/1/21/1608/009) bruttó fogyasztói ára/téritési díj: 64 194 Ft, tb támogatás: 0 Ft. A Wegovy 2,4 mg FlexTouch oldatos injekció előretöltött injekciós tollban 1x3 ml (EU/1/21/1608/010) bruttó fogyasztói ára/téritési díj: 73 911 Ft, tb támogatás: 0 Ft. Támogatás: támogatási érték nélküli kategória (0%). A készítmények osztályozási besorolása: „V” - Orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer. Az ár-és támogatás adatok a 2026.03.01-től hatályos NEAK Publikus Gyógyszertörzs alapján.

**A készítmény rendelése előtt kérjük, bővebb információért olvassa el a gyógyszer hatályos teljes alkalmazási előírását!**

A hatályos alkalmazási előírás teljes szövege megtalálható az Európai Gyógyszerügynökség honlapján: <https://www.ema.europa.eu/medicines/human/EPAR/Wegovy#product-information-section> Megjegyzés: A fenti link és a QR-kód a készítmény oldalára mutat. A magyar nyelvű alkalmazási előírás ezen az oldalon a Product information rész első lenyíló listájában (Other languages) érhető el.

**Feltételezett mellékhatások bejelentése:** A gyógyszer engedélyezését követően lényeges a feltételezett mellékhatások bejelentése, mert ez fontos eszköze annak, hogy a gyógyszer előny/kockázat profilját folyamatosan figyelemmel lehessen kísérni. Az egészségügyi szakembereket kérjük, hogy jelentsék be a feltételezett mellékhatásokat a hatóság részére az alábbi elérhetőségek valamelyikén keresztül: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ; Postafiók 450, H-1372 Budapest; Honlap: [www.nngyk.gov.hu](http://www.nngyk.gov.hu); elektronikus úton történő mellékhatás-bejelentés: <https://mellekhatas.nngyk.gov.hu>; e-mail: [adr.box@nngyk.gov.hu](mailto:adr.box@nngyk.gov.hu).

A Wegovy<sup>®</sup>, a FlexTouch<sup>®</sup> és a Novo Nordisk a Novo Nordisk A/S, Dánia védjegye. ©2026 Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880, Bagsvaerd, Dánia.



# Central European Journal of Gastroenterology and Hepatology

## Gasztroenterológiai & Hepatológiai Szemle

ceu-jgh.org

Volume 12, Supplementum 1 / June 2026

## 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 Gyökéres

### Editorial Board

Zoltán Csiki  
László Czakó  
Mária Figler  
György Miklós Buzás  
Péter Hegyi  
Ferenc Izbéki  
Márk Juhász  
Ilma Korponay-Szabó  
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  
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 Dítě, Brno, Czech Republic  
Joost Drent, Nijmegen, The Netherlands  
Dan Dumitrascu, Cluj, Romania  
Fabio Farinati, Padova, Italy  
Heinz Hammer, Graz, Austria  
Lars Lundell, Stockholm, Sweden  
Juan Ramon Malagelada, Barcelona, Spain  
Peter Malfertheiner, Magdeburg, Germany  
Tomica Milosavljevic, Belgrade, Serbia  
Colm O'Morain, Dublin, Ireland  
Piero Portincasa, Bari, Italy  
Jaroslaw Regula, Warszawa, Poland  
Ioan Sporea, Timisoara, Romania  
Davor Stimac, Rijeka, Croatia  
Gyöngyi 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. box 176

**Phone number:** +(36)303274143  
**E-mail:** [recepcao@promenade.hu](mailto:recepcao@promenade.hu)

**Publishing Director:** Edgár Brázda

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

**Print manager assistant:**  
Szabina Szabó  
[szabo.szabina@promenade.hu](mailto:szabo.szabina@promenade.hu)

**Sales manager:**  
Ágnes Munkácsi  
[munkacsi.agnes@promenade.hu](mailto:munkacsi.agnes@promenade.hu)

**Layout Editor:** Andrea Pivarcsik

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

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

**ISSN number:** HU-2415-9107  
**Published** quarterly in 1800 copies  
**Annual subscription fee:** 21 000 HUF

**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.

©2026 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 68. Nagygyűlése

Program / Előadáskivonatokat

2026. június 4. – június 7.

**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: 2415-9107

**2026.**

Tartalom	
Időrendi beosztás .....	4
Endoszkópos szimulátoros hands-on tréningek .....	5
A nagygyűlés megnyitása .....	5
Posztgraduális kurzus (PG1) Gócos májeltérések .....	5
Posztgraduális kurzus (PG2) Pancreas malignus daganatok .....	6
Posztgraduális kurzus (PG3) Epeúti intervenciók .....	6
<i>AstraZeneca szimpózium</i> .....	7
<i>Opella szimpózium</i> .....	7
Esetmegbeszélés (CASE1) Vékonybél vérzések .....	8
Szakmai szimpózium (SYMP13) Obesitas endoszkópos, sebészeti kezelési lehetőségei 2026-ban. Szövődmények ellátása, gondozása .....	8
Szakmai szimpózium (SYMP1) Transzlációs medicina .....	9
<i>Lilly szimpózium</i> .....	9
<i>Novo Nordisk szimpózium</i> .....	10
<i>AbbVie szimpózium I.</i> .....	11
Posztgraduális kurzus (PG4) Nyelőcső betegségek tünetorientált megközelítése ....	11
Posztgraduális kurzus (PG5) Gastroparesis (AGA 2025 ajánlása) .....	12
Plenáris ülés (P1) Plenáris szekció .....	12
Plenáris ülés (P2) Plenáris szekció .....	13
MGT Közgyűlés .....	13
Posztgraduális kurzus (PG6) Nutritív allergiák, ételintolerancia – kivéve cöliákia .....	13
Szakmai szimpózium (SYMP5) Serrated léziók diagnosztikája és követése .....	14
Posztgraduális kurzus (PG8) Endoszkópia .....	14
Posztgraduális kurzus (PG9) Krónikus hasmenés vastagbél eredetű okai - kivéve IBD .....	15
<i>Sandoz szimpózium I.</i> .....	16
Esetmegbeszélés (CASE2) Primer sclerotizáló cholangitis .....	16
Szakmai szimpózium (SYMP3) Terhesség és májbetegségek .....	16
Szakmai szimpózium (SYMP4) Pancreatobiliaris endoszkópia .....	17
Posztgraduális kurzus (PG7) IBD .....	17
Szakmai szimpózium (SYMP8) Mit tegyünk, ha zsírmáj igazolódik? .....	18
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE6) Hasnyálmirigy-epeúti betegségek ...	18
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE1) IBD .....	19
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE2) Hasnyálmirigy-epeúti betegségek ...	20
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE3) Alsó tápcsatorna .....	21
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE4) Májbetegségek .....	22
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE5) Hasnyálmirigy-epeúti betegségek ...	23
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE7) Felső tápcsatorna .....	24
<i>IPSEN szimpózium</i> .....	25
Posztgraduális kurzus (PG10) Tranzíció a gasztroenterológiában .....	25
Angol nyelvű előadások (ENG1) / Lectures in English (ENG1) .....	26
Angol nyelvű előadások (ENG2) / Lectures in English (ENG2) .....	26
Plenáris ülés (P3) .....	27
Szakmai szimpózium (SYMP2) Gazdálkodási modellek – fenntartható-e az önálló gasztroenterológiai? .....	28
Szakmai szimpózium (SYMP9) Vastagbéliszűrés helyzete, aktualitása napjainkban.	28
Szakmai szimpózium (SYMP10) Alap kutatás .....	29
Szakmai szimpózium (SYMP7) Mistakes-in szekció .....	29
<i>Supremex szimpózium</i> .....	29
<i>Sandoz szimpózium II.</i> .....	30
Szakmai szimpózium (SYMP6) Multidiszciplináris szekció. Endoszkópos videó bemutatók .....	30
Szakmai szimpózium (SYMP12) Gyomor funkcionális betegségei .....	31

Szakmai szimpózium (SYMP14) Gasztroenterológiai-sebészeti szekció a határterületi kérdésekről.....	31
Szakmai szimpózium (SYMP11) Pancreas betegségek.....	32
<i>Boston Scientific / Micromedical szimpózium</i> .....	32
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE8) IBD .....	33
Szakedolgozói gyakorlati szekció (SZD-GY) .....	33
Szakedolgozói szekció (SZD-IBD) IBD .....	34
Szakedolgozói szekció (SZD1) .....	34
Szakedolgozói szekció (SZD2) .....	35
Szakedolgozói szekció (SZD-FREE) Szakedolgozói témájú bejelentett előadások.....	36
Az MGT Ultrahang-Képkalkotó Szekció ünnepi ülése .....	36
<i>AbbVie szimpózium II.</i> .....	37
Poszter 1 szekció Esetismertetések .....	37
<i>Celltrion szimpózium</i> .....	39
Poszter 2 szekció Esetismertetések .....	39
<i>Goodwill Pharma szimpózium</i> .....	41
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE9) Alap kutatás .....	41
<i>Johnson&amp;Johnson szimpózium</i> .....	42
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE10) Alap kutatás .....	43
Gasztroenterológiai képkalkotó továbbképzés (Bél UH, MRI) (HANDSON-MR) .....	44
A Magyar Gasztroenterológiai Társaság tiszteletbeli tagjai és kitüntetettjei .....	45
Előadás és poszterkivonatok (Absztraktok) .....	48
Szerzők névmutatója .....	99
MGT Tudományos Bizottság (TudBiz) és a Programbizottság tagjai 2026 .....	102
Kiállítók, hirdető, támogatók .....	103
Hirdetések listája .....	104
Jegyzet .....	104

2026.06.04. CSÜTÖRTÖK			2026.06.05. PÉNTEK			2026.06.06. SZOMBAT			2026.06.07. VASÁRNAP							
☉	① Toscana I.	② Ibiza	☉	① Toscana I.	② Ibiza	③ Marbella	☉	① Toscana I.	② Ibiza	③ Marbella	☉	① Toscana I.	② Ibiza	③ Marbella		
08:00		Endoszkópos, Szimulátoros Hands-On Tréningek	08:00	FSZ5 AbbVie 1.	FSZ6 Sandoz 1.		08:00	FSZ7 IPSEN	FSZ8 Sandoz 2.		08:00	FSZ11 AbbVie 2.	FSZ12	GASZTRO-ENTEROLÓGIAI KÉPALKOTÓ TOVÁBBKÉPZÉS (Bél UH, MRI) Kötelező MR tanfolyamnak megfelelő		
08:30			08:30	PG4 (Nyelőcső betegségek)	CASE2 (HEB/MB)	FREE1 (IBD)	08:30	PG10 (Tranzíció a gasztroenterológiában)	SYMP6 Endoszkópos videó bemutatások	FREE8 (IBD)	08:30	POSZTER1	FREE9 (BS - Alap kutatás)			
09:00			09:00	PG5 (Gastroparesis)	SYMP3 (Terhesség és májbetegségek)	FREE2 (HEB)	09:00	ENG1 (Angol szekció I.)	SZD-GY (Szakd. gyakorlati)		FREE8 (IBD)	09:00				
09:30			09:30	kávészünet			09:30	kávészünet			09:30	kávészünet				
10:00			10:00	P1 (Plenáris)			10:00	ENG2 (Angol szekció II.)	SZD-IBD (Szakdolgozói / IBD)			10:00	FSZ13 Celltrion		FSZ14 Johnson&Johnson	
10:30			10:30	P2 (Plenáris)			10:30	P3 (Plenáris + Díjak)	SZD1 (Szakdolgozói)			10:30	POSZTER2		FREE10 (BS - Alap kutatás)	
11:00			11:00	ebéd			11:00	ebéd			11:00					
11:30			11:30	Közyűlés			11:30	SYMP2 (Aktuális szakmapolitika)	SYMP12 (Gyomor funkcionális betegségei)		11:30					
12:00			12:00				12:00	SYMP9 (Vastagbélvizsgálat helyzete, aktualitása)		SZD2 (Szakdolgozói)	12:00					
12:30			12:30	PG2 (Pancreas malignus daganatok)	SYMP13 (Obesitas kezelése)	PG6 (Nutritív allergiák, ételintolerancia)	SYMP4 (Pancreatobiliaris endoszkópia)	FREE3 (LGT)			12:30					
13:00	Megnyitó	13:00	kávészünet			13:00	kávészünet			13:00						
13:30		13:30	PG3 (Epeúti betegségek)	SYMP1 (Transzlációs medicina)	PG7 (IBD)	FREE4 (MB)	13:30	SYMP10 (BS - Alap kutatás)	SYMP14 (Sebészet és gasztroenterológia)	SZD-FREE	13:30					
14:00	PG1 (Gócos májeltérések)	CASE1 (LGT/UGT)	14:00	PG8 (Endoszkópia)	SYMP8 (Zsír máj)	FREE5 (HEB)	14:00	SYMP7 (Mistakes-in)	SYMP11 (Pancreas betegségek)		14:00					
14:30			14:30	PG9 (Krónikus hasmenés vastagbél eredetű okai)	FREE6 (HEB)	FREE7 (UGT)	14:30	FSZ9 Supremex	FSZ10 Micromedical		14:30					
15:00			15:00	kávészünet			15:00	kávészünet			15:00					
15:30			15:30	vacsora			15:30	vacsora			15:30	vacsora				
16:00			16:00	vacsora			16:00	vacsora			16:00	vacsora				
16:30			16:30	vacsora			16:30	vacsora			16:30	vacsora				
17:00			17:00	vacsora			17:00	vacsora			17:00	vacsora				
17:30	FSZ1 AstraZeneca	FSZ2 Lilly	17:30	vacsora			17:30	vacsora			17:30	vacsora				
18:00	FSZ3 Opella	FSZ4 NovoNordisk	18:00	vacsora			18:00	vacsora			18:00	vacsora				
18:30			18:30	vacsora			18:30	vacsora			18:30	vacsora				
19:00			19:00	vacsora			19:00	vacsora			19:00	vacsora				
19:30			19:30	vacsora			19:30	vacsora			19:30	vacsora				

**Előadótermek:**

- ① = Toscana 1. terem
- ② = Ibiza terem
- ③ = Marbella terem
- ④ = Panorama terem

**Szekció kódok jelmagyarázata:**

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| CASE → Esetbemutatók                       | PG → Posztgraduális kurzus      |
| ENG → Angol nyelvű előadások               | POSZTER → Poszter szekció       |
| FREE → Szabad témájú bejelentett előadások | SYMP → Szakmai szimpózium       |
| HEB → Hepato-biliáris kórképek             | SZD → Szakdolgozói előadások    |
| LGT → Alsó tápcsatorna                     | UGT → Felső tápcsatorna         |
| MB → Májbetegségek                         | FSZ → Finanszírozott szimpózium |
| P → Plenáris ülés                          | ☐ → Szünet                      |

④ Panorama terem

2026.06.05. Péntek

09:30 - 11:00 MGT Colon Szekció vezetőségi ülés

2026.06.06. Szombat

15:00 - 15:50 Az MGT Ultrahang-Képző Szekció ünnepi ülése

2026.06.04.

**CSÜTÖRTÖK**

MARBELLA TEREM

2026. június 4. csütörtök  
8:00 - 14:00

Marbella terem

Endoszkópos szimulátoros hands-on tréningek

2026.06.04.

**CSÜTÖRTÖK**

TOSCANA 1. TEREM

2026. június 4. csütörtök  
13:00 - 14:00

Toscana 1. terem

**A NAGYGYŰLÉS MEGNYITÁSA**  
**A kiállítás megnyitása**2026. június 4. csütörtök  
14:00 – 15:00

Toscana 1. terem

**POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG1)**  
**Gócos májeltérések**Üléselnökök: **Schuller János**, Budapest      **Szijártó Attila**, Budapest

- 14:00 **Kivizsgálás és követés a gasztroenterológiai gyakorlatban** (18 + 2 perc)  
Schuller János, Budapest
- 14:20 **Kezelés – invazív radiológia** (18 + 2 perc)  
Doros Attila, Budapest
- 14:40 **Kezelés – sebészet** (18 + 2 perc)  
Szijártó Attila, Budapest

2026. június 4. csütörtök  
15:00 – 16:00

Toscana 1. terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG2)  
**Pancreas malignus daganatok**

Üléselnökök: **Kui Balázs**, Szeged      **Hegyi Péter Jenő**, Budapest

15:00 **PDAC diagnosztika és menedzsment** (18 + 2 perc)  
Andrási Péter, Budapest

15:20 **P-NEN terápiás menedzsment** (18 + 2 perc)  
Marjai Tamás, Budapest

15:40 **Lokális/ablatív technikák** (18 + 2 perc)  
Szmola Richárd, Budapest

16:00 – 16:30

KÁVÉSZÜNET

2026. június 4. csütörtök  
16:30 - 17:30

Toscana 1. terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG3)  
**Epeúti intervenciók**

Üléselnökök: **Hritz István**, Budapest      **Novák Péter**, Kecskemét

16:30 **Epeúti szűkületek diagnosztikus algoritmus** (18 + 2 perc)  
Dubravcsik Zsolt, Kecskemét

16:50 **Epeúti stentelés – ESGE irányelv 2026** (18 + 2 perc)  
Novák Péter, Kecskemét

17:10 **Sikertelen ERCP után az epeelfolyás biztosításának egyéb intervenciók lehetőségei** (18 + 2 perc)  
Hritz István, Budapest

2026. június 4. csütörtök  
17:30 – 18:30

Toscana 1. terem

*ASTRAZENECA SZIMPÓZIUM*

**Az epeúti daganatok endoszkópos kezelési lehetőségei (15 perc)**  
Hritz István, Budapest

**Az epeúti daganatok szisztémás kezelése (15 perc)**  
Lakatos Gábor, Székesfehérvár

**Korai gyomordaganatok endoszkópos diagnosztikája és kezelése (15 perc)**  
Papp Veronika, Budapest

**Practice changing: perioperatív immuno-kemoterápia a gyomor- vagy gastrooesophagealis junctio- adenocarcinoma kezelésében (15 perc)**  
Torday László, Gyula

2026. június 4. csütörtök  
18:30 – 19:00

Toscana 1. terem

*OPELLA SZIMPÓZIUM*

**MASLD a klinikai gyakorlatban. Csendes betegségtől a tünetek megjelenéséig**

**A metabolikus diszfunkcióhoz társuló zsírmájbetegség (MASLD) – A csendes járvány rejtett terhei (15 perc)**  
Papp Mária, Debrecen

**Az esszenciális foszfolipidek hatása MASLD-ben: az EXCEL randomizált, 4. fázisú klinikai vizsgálat eredményei (15 perc)**  
Varga Márta, Békéscsaba

2026. június 04. csütörtök  
14:00 - 15:00

Marbella terem

ESETMEGBESZÉLÉS (CASE1)  
**Vékonybél vérzések**

Üléselnökök: **Iliás Ákos**, Budapest      **Varga Márta**, Békéscsaba

14:00 **Vékonybél vérzés Intraoperatív endoszkópia** (13 + 2 perc)

Horváth Miklós, Budapest

14:15 **Vater papilla vérzés** (13 + 2 perc)

Fábián Anna, Szeged

14:30 **Vékonybél vérzés (Enteroscopia)** (13 + 2 perc)

Ilyés Sándor, Gyula

14:45 **Vékonybél vérzés (Kapszula)** (13 + 2 perc)

Pécsi Gyula, Győr

2026. június 04. csütörtök  
15:00 – 16:00

Marbella terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP13)  
**Obesitas endoszkópos, sebészeti kezelési lehetőségei 2026-ban. Szövődmények  
ellátása, gondozása**

Üléselnökök: **Vincze Áron**, Pécs      **Tajti János**, Szeged

15:00 **Obesitas endoszkópos kezelési lehetőségei** (15 perc)

Vincze Áron, Pécs

15:15 **Obesitas sebészeti kezelési lehetőségei** (15 perc)

Mohos Elemér, Veszprém

15:30 **Bariátriai szövődmények ellátása és gondozása** (15 perc)

Tajti János, Szeged

16:00 – 16:30

KÁVÉSZÜNET

2026. június 04. csütörtök  
16:30 – 17:30

Marbella terem

**SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP1)**  
**Transzlációs medicina**

Üléselnökök: **Rakonczay Zoltán**, Szeged      **Németh Balázs**, Szeged

16:30 **Transzlációs medicina hasznosítási lehetőségei** (15 perc)  
Hegyi Péter, Budapest

16:45 **Cöliákia új terápiás lehetőségei** (15 perc)  
Bajor Judit, Pécs

17:00 **A hasnyálmirigy-betegségek genetikája** (15 perc)  
Németh Balázs, Szeged

2026. június 04. csütörtök  
17:30 – 18:30

Marbella terem

*LILLY SZIMPÓZIUM*  
**Obezitás a gasztroenterológiában**

Üléselnökök: **Valkusz Zsuzsanna**, Szeged

**Több mint testsúlynövekedés**  
Valkusz Zsuzsanna, Szeged

**Kihívás az obes IBD-s: Gyerek betegek ellátása**  
Tárnok András, Pécs

**Kihívás az obes IBD-s: Felnőtt betegek kezelése**  
Sarlós Patrícia, Pécs

**Obesitas – kezelési lehetőségei és határai (különösen a GI szempontból)**  
Valkusz Zsuzsanna, Szeged

2026. június 04.  
csütörtök 18:30 – 19:00

Marbella terem

*NOVO NORDISK SZIMPÓZIUM*  
**Elhízás a gasztroenterológiai rendelésen**

Üléselnökök: **Gyökeres Tibor**, Budapest

**Mit tehetünk a májért? - Az ESSENCE vizsgálat gyakorlati jelentősége**  
Pár Alajos, Pécs

2026.06.05.

**PÉNTEK**

TOSCANA 1. TEREM

2026.június 5. péntek  
8:00 – 8:30

Toscana 1. terem

*ABBVIE SZIMPÓZIUM I.*  
**A megfelelő időzítés jelentősége I.****Korai JAK-gátlás és ambiciózus terápiás célok az UC korszerű kezelésében (13 perc)**  
Iliás Ákos, Budapest**Korai JAK-gátlás és ambiciózus terápiás célok a CD korszerű kezelésében (13 perc)**  
Golovics Petra, Budapest2026. június 5. péntek  
8:30 – 9:30

Toscana 1. terem

**POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG4)**  
**Nyelőcső-betegségek tünetorientált megközelítése**Üléselnökök: **Papp Veronika**, Budapest**Szolga Brigitta**, Budapest08:30 **Típusos és atípusos tünetek, epidemiológia (15 perc)**  
Czimmer József, Pécs08:45 **Vizsgálómódszerek (15 perc)**  
Ollé Georgina, Szeged09:00 **Kezelési lehetőségek (15 perc)**  
Varga Márta, Békéscsaba09:15 **Gyerekkori nyelőcső speciális kérdései gyerekkorban (15 perc)**  
Tárnok András, Pécs

2026. június 5. péntek  
9:30 – 10:30

Toscana 1. terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG5)  
**Gastroparesis (AGA 2025 ajánlásai)**

Üléselelnökök: **Patai Árpád**, Budapest    **Izbéki Ferenc**, Székesfehérvár

09:30 **Patofiziológiai háttér** (13 + 2 perc)  
Bagyánszki Mária, Szeged

09:45 **Diabeteses gastroparesis speciális vonatkozásai** (13 + 2 perc)  
Czimmer József, Pécs

10:00 **A diagnosztika lehetőségei** (13 + 2 perc)  
Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

10:15 **Terápiás lehetőségek** (13 + 2 perc)  
Rosztóczy András, Szeged

10:30 – 11:00

KÁVÉSZÜNET

2026. június 5. péntek  
11:00 – 12:00

Toscana 1. terem

PLENÁRIS ÜLÉS (P1)  
**Plenáris szekció**

Üléselelnökök: **Palatka Károly**, Debrecen    **Szepes Zoltán**, Szeged

11:00 **Obesitas gasztroenterológiai vonatkozásai** (20 perc)  
Vincze Áron, Pécs

11:20 **MAPS3 – precancerosus állapotok és korai malignitás** (20 perc)  
Czimmer József, Pécs

11:40 **Gasztrointesztinális vérzések ellátásának európai kurrikuluma – 2026** (20 perc)  
Gyökeres Tibor, Budapest

2026. június 5. péntek  
12:00 – 13:00

Toscana 1. terem

PLENÁRIS ÜLÉS (P2)  
Plenáris szekció

Üléseelnökök: **Czakó László**, Szeged    **Bajor Judit**, Pécs

12:00 **Beszámoló a gasztroenterológia és hepatológia tagozat elmúlt 1 éves tevékenységéről** (20 perc)  
Vincze Áron, Pécs

12:20 **Hepatológiai aktualitások** (20 perc)  
Szalay Ferenc, Budapest

12:40 **Az új pancreatitis irányelv újdonságai** (20 perc)  
Hegyi Péter, Budapest

13:30 – 14:00

EBÉD

2026. június 5. péntek  
14:00 – 15:00

Toscana 1. terem

MGT KÖZGYŰLÉS

2026. június 5. péntek  
15:00 – 16:00

Toscana 1. terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG6)  
**Nutritív allergiák, ételintolerancia – kivéve cöliákia**

Üléseelnökök: **Bajor Judit**, Pécs    **Illés Dóra**, Szeged

15:00 **Allergiák – típusok, diagnosztika, menedzsment** (18 + 2 perc)  
Kadenczki Orsolya, Debrecen

15:20 **Intoleranciák – típusok, diagnosztika, menedzsment** (18 + 2 perc)  
Bajor Judit, Pécs

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP5)  
**Serrated léziók diagnosztikája és követése**

Üléselelnökök: **Altorjay István**, Debrecen      **Gurzó Zoltán**, Gyula

- 16:00 **Miért lett forrongó téma napjainkban?** (13+2 perc)  
Patai Árpád, Budapest
- 16:15 **Endoscopos diagnosztika és buktatói: követés, endoscopos megjelenés -  
diagnosztika, differenciálás (SWAP)** (13+2 perc)  
Kiss Lajos Sándor, Keszthely
- 16:30 **Terápia: mikor és hogy távolítsd el? Mikor sebész és mikor discard?** (13+2 perc)  
Novák Péter, Kecskemét
- 16:45 **Patológia: Általános patológiai szempontok** (13+2 perc)  
Vasas Béla, Szeged

---

2026. június 5. péntek

Toscana 1. terem

17:00 – 18:00

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG8)  
**Endoszkópia**

Üléselelnökök: **Eröss Bálint**, Budapest      **Tárnok András**, Pécs

- 17:00 **Felső tápcsatornai minőségi mutatók - STAR project** (18 + 2 perc)  
Papp Veronika, Budapest
- 17:20 **Pediátriai endoszkópia sajátosságai** (18 + 2 perc)  
Szűcs Dániel, Szeged, gyermek gasztroenterológia
- 17:40 **Pediátriai endoszkópia sajátosságai** (18 + 2 perc)  
Szepes Zoltán, Szeged, felnőtt gasztroenterológia

---

18:00 – 18:30

KÁVÉSZÜNET

---

2026. június 5. péntek  
18:30 – 19:30

Toscana 1. terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG9)  
**Krónikus hasmenés vastagbél eredetű okai - kivéve IBD**

Üléselnökök: **Róka Richárd**, Szeged    **Kristóf Tünde**, Miskolc

18:30 **Differenciáldiagnosztika** (18 + 2 perc)  
Illés Dóra, Szeged

18:50 **Infektív kórképek és terápia** (18 + 2 perc)  
Visnyovszki Ádám, Szeged

19:10 **Mikroszkópos colitis, ischaemiás colitis** (18 + 2 perc)  
Róka Richárd, Szeged

2026. június 5. péntek  
8:00 – 8:30

ibiza terem

SANDOZ SZIMPÓZIUM I.  
ECCO Highlights 2026  
Újdonságok az IBD diagnosztikájában és terápiájában

**Holisztikus megközelítés az IBD gondozásban: mit üzen az idei ECCO? (tandem)**  
Molnár Tamás, Szeged Szepes Zoltán, Szeged

2026. június 05. péntek  
8:30 - 9:30

ibiza terem

ESETMEGBESZÉLÉS (CASE2)  
Primer sclerotizáló cholangitis

Üléseelnökök: **Illés Dóra**, Szeged **Gerlei Zsuzsanna**, Budapest

08:30 **PSC differenciál diagnosztikája (japán guideline endoszkópia)** (15 perc)  
Dubravcsik Zsolt, Kecskemét

08:45 **PSC konzervatív kezelése** (15 perc)  
Papp Mária, Debrecen

09:00 **PSC endoszkópos ellátása** (15 perc)  
Czakó László, Szeged

2026. június 05. péntek  
9:30 – 10:30

ibiza terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP3)  
Terhesség és májbetegségek

Üléseelnökök: **Pár Gabriella**, Pécs **Tornai István**, Debrecen

09:30 **Terhességvállalás idült májbetegségben** (15 perc)  
Folhoffer Anikó, Budapest

09:45 **Terhesség indukálta májbetegségek** (15 perc)  
Schuller János, Budapest

10:00 **Terhességtől független akut máj-és epeúti betegségek** (15 perc)  
Hunyady Béla, Pécs

10:30 – 11:00

KÁVÉSZÜNET

13:30 – 14:00

EBÉD

2026. június 5. péntek  
15:00 – 16:00

Ibiza terem

**SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP4)**  
**Pancreatobiliaris endoszkópia**Üléselelnökök: **Czakó László**, Szeged **Dubravcsik Zsolt**, Kecskemét15:00 **ERCP minőségi mutatói (ESGE 2026)** (15 perc)  
Gyökeres Tibor, Budapest15:15 **Kanülálási technikák ERCP során** (15 perc)  
Madácsy László, Székesfehérvár15:30 **WOPN – mikor és hogyan drenáljunk?** (15 perc)  
Bakucz Tamás, Budapest2026. június 5. péntek  
16:00 – 17:00

Ibiza terem

**POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG7)**  
**IBD**Üléselelnökök: **Farkas Klaudia**, Szeged **Golovics Petra**, Budapest16:00 **Nem minden arany, ami fénylik – differenciál diagnosztika** (18 + 2 perc)  
Farkas Klaudia, Szeged16:20 **A baj nem jár egyedül: IBD extraintesztinális manifesztációi és ezek hatása a menedzsmentre** (18 + 2 perc)  
Élthes Zsuzsa Bianka, Debrecen16:40 **Speciális betegcsoportok** (18 + 2 perc)  
Sarlós Patrícia, Pécs

2026. június 5. péntek  
17:00 – 18:00

lbiza terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP8)  
**Mit tegyünk, ha zsírmáj igazolódik?**

Üléselnökök: **Pár Alajos**, Pécs **Werling Klára**, Budapest

17:00 **MASLD-n innen és túl - zsírmáj differenciál diagnosztikája** (15 perc)  
Vitális Zsuzsanna, Debrecen

17:15 **Non-invazív biomarkerek a MASH diagnosztikájában és prognosztikájában** (15 perc)  
Horváth Gábor, Budapest

17:30 **MetALD - egy új entitás a MASLD és az ALD átfedésében** (15 perc)  
Pár Gabriella, Pécs

18:00 – 18:30

KÁVÉSZÜNET

2026. június 5. péntek  
18:30 – 19:30

lbiza terem

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE6)  
**Hasnyálmirigy-epeúti betegségek (HEB)**

Üléselnökök: **Andrási Péter**, Budapest **Szita István**, Veszprém

18:30 **MICROBIOLOGY OF INFECTED WALLED-OFF PANCREAS NECROSIS – A SINGLE CENTER RETROSPECTIVE STUDY** (6+4 perc)  
Gieszinger Gábor, Szeged

18:40 **EPIDEMIOLOGICAL TRENDS OF MALIGNANT PANCREATIC TUMORS IN HUNGARY BETWEEN 2001 AND 2022** (6 + 4 perc)  
Mohácsi Gábor, Szeged

18:50 **PANCREATIC DUCT BRUSH CYTOLOGY IS MORE SENSITIVE FOR PANCREATIC CANCER THAN BILE DUCT BRUSHING DURING ERCP: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS** (6 + 4 perc)  
Kollányi Gergely, Budapest

19:00 **MŰANYAG ÉS FÉM EPEÚTI STENTEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA PANCREASFEJDAGANAT OKOZTA DISTALIS EPEÚTI SZŰKÜLETBEN** (6 + 4 perc)  
Kui Balázs, Szeged

19:10 **CLINICAL UTILITY OF BILIARY CULTURES AND THE IMPACT OF STENT BIOFILMS: A STUDY OF DIAGNOSTIC DISCORDANCE IN A TERTIARY CENTRE** (6 + 4 perc)  
Füst Emese Rita, Budapest

19:20 **AZ EPEÚTI KÖVESSÉG MINIMÁLISAN INVAZÍV, LÉPCSŐZETES KEZELÉSI**

2026. június 5. péntek

Marbella terem

8:30 – 9:30

**SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE1)  
IBD**Üléselnökök: **Farkas Klaudia**, Szeged **Sarlós Patrícia**, Pécs

- 08:30 **MULTIDISCIPLINARY ANALYSIS TO PREDICT TOFACITINIB TREATMENT RESPONSE IN ULCERATIVE COLITIS – A PROSPECTIVE TRANSLATIONAL STUDY** (6 + 4 perc)  
Resál Tamás, Budapest
- 08:40 **REAL-WORLD CLINICAL EXPERIENCE WITH COMBINATION THERAPY IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE** (6 + 4 perc)  
Rutka Mariann, Szeged
- 08:50 **PREVENCIÓ ÉS EGÉSZSÉGTUDATOSSÁG GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK KÖRÉBEN - ORSZÁGOS KERESZTMETSZETI VIZSGÁLAT** (6 + 4 perc)  
Gálfalvi Noémi, Szeged
- 09:00 **COMPARATIVE SHORT-TERM EFFECTIVENESS OF TOFACITINIB AND CYCLOSPORIN RESCUE THERAPY IN PATIENTS WITH STEROID-REFRACTORY, INFLIXIMAB-EXPERIENCED ACUTE SEVERE ULCERATIVE COLITIS** (6 + 4 perc)  
Farkas Bernadett, Szeged
- 09:10 **PLASMA METABOLITE FINGERPRINT IS ASSOCIATED WITH MICROBIOTA ALTERATIONS AND CHARACTERIZES INFLAMMATORY BOWEL DISEASE** (6 + 4 perc)  
Bacsur Péter, Szeged
- 09:20 **AZ UPADACITINIB HATÉKONYSÁGA BIOLÓGIAI TERÁPIÁRA NEM MEGFELELŐEN REAGÁLÓ CROHN-BETEGSÉGBEN CENTRUMUNKBAN** (6 + 4 perc)  
Pápista Máté, Szeged

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE2)  
Hasnyálmirigy-epeúti betegségek (HEB)

Üléselnökök: **Madácsy László**, Székesfehérvár      **Erőss Bálint**, Budapest

09:30 **Management of Biliary Pancreatitis During Pregnancy: Safety of ERCP and Cholecystectomy** (6 + 4 perc)  
Tarján Dorottya, Budapest

09:40 **Classification of late post-pancreatitis fluid collections – prospective single centre cohort study** (6 + 4 perc)  
Lázár Balázs, Budapest

09:50 **Dynamics of Pancreas Morphology and Endocrine Status Progression After Acute Pancreatitis: Preliminary results of the GOULASH Plus observational, longitudinal study** (6 + 4 perc)  
Mikó Alexandra, Pécs

10:00 **Single-center experience with endoscopic management of demarcated walled-off pancreatic necrosis (WOPN)** (6 + 4 perc)  
Horváth Dominik, Budapest

10:10 **RETROSPECTIVE ANALYSIS OF EUS-GUIDED ELASTOGRAPHY AND HISTOPATHOLOGICAL RESULTS IN DIFFERENTIATING SOLID PANCREATIC LESIONS AT THE INSTITUTE OF PANCREATIC DISEASES, SEMMELWEIS UNIVERSITY** (6 + 4 perc)  
Devarajulu Mariyappan

10:20 **THE ROLE OF CHOLESTEROL IN PANCREATIC DISEASE PROGRESSION: A POST-HOC ANALYSIS OF PROSPECTIVELY COLLECTED LONGITUDINAL DATA** (6 + 4 perc)  
Lipp Mónika Bernadett, Budapest

---

10:30 – 11:00

KÁVÉSZÜNET

---

2026. június 5. péntek  
15:00 – 16:00

Marbella terem

**SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE3)  
Alsó tápcsatorna (LGT)**

Üléselnökök: **Szamosi Tamás**, Budapest      **Müllner Katalin**, Budapest

- 15:00 **AZ OPTIKAI DIAGNOSZTIKA MEGBÍZHATÓSÁGA A SZŰRŐ KOLONOSZKÓPIÁK SORÁN – ELEGENDŐ A TERMÉSZETES INTELLIGENCIA?** (6 + 4 perc)  
Fábián Anna, Szeged
- 15:10 **PCNA EXPRESSION DIFFERENCE AS A HIGH RISK ONCOLOGIC BIOMARKER: A CLINICALLY ACTIONABLE PREDICTOR OF RECURRENCE AND CHEMOTHERAPY NEED IN COLORECTAL CANCER** (6 + 4 perc)  
Harisi Revekka, Budapest
- 15:20 **A COLORECTALIS NEOPLASZTIKUS LÉZIÓK DETEKCIÓJÁT BEFOLYÁSOLÓ FAKTOROK** (6 + 4 perc)  
Magyar Dániel, Szeged
- 15:30 **A MAGYARORSZÁGI POPULÁCIÓ-ALAPÚ KOLOREKTÁLIS SZŰRŐPROGRAMBAN VALÓ RÉSZVÉTEL EPIDEMIOLÓGIAI HATÁSAI ÉS A RÉSZVÉTELT BEFOLYÁSOLÓ DEMOGRÁFIAI TÉNYEZŐK VIZSGÁLATA** (6 + 4 perc)  
Fábián Anna, Szeged
- 15:40 **A FEKÁLIS IMMUNKÉMIAI TESZT CUT-OFF ÉRTÉKÉNEK OPTIMALIZÁLÁSA ÉS A NEMI KÜLÖNBSÉGEK VIZSGÁLATA** (6 + 4 perc)  
Magyar Dániel, Szeged
- 15:50 **A NAVICAM XS GYOMOR VÉKONYBÉL KAPSZULA BIZTONSÁGOSSÁGA ÉS ALKALMAZHATÓSÁGA GYOMOR ÉS VÉKONYBÉL KAPSZULA ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK SORÁN** (6 + 4 perc)  
Finta Ádám, Székesfehérvár

2026. június 5. péntek  
16:00 – 17:00

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

Üléselnökök: **Hagymási Krisztina**, Budapest **Lengyel Gabriella**, Budapest

- 16:00 **THE OCCURRENCE OF NON-SIGNIFICANT AND SIGNIFICANT LIVER ENZYME ABNORMALITIES ASSOCIATED WITH JAK INHIBITOR THERAPY IN IBD – PRELIMINARY RESULTS OF A MULTICENTRIC, OBSERVATIONAL STUDY**  
(6 + 4 perc)  
Halász Réka, Szeged
- 16:10 **PROGNOSTIC UTILITY OF CIRCULATING MACROPHAGE ACTIVATION MARKERS IN PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS: GADGET OR MAGIC?**  
(6 + 4 perc)  
Tornai Dávid, Debrecen
- 16:20 **KARDIOVASZKULÁRIS RIZIKÓBECSLÉS ÉS UTÁNKÖVETÉS MULTICENTRIKUS, NAGY ESETSZÁMÚ MASLD REGISZTEREN – ELSŐ TAPASZTALATAINK** (6 + 4 perc)  
Drácz Bálint, Budapest
- 16:30 **KARDIOMETABOLIKUS KOCKÁZATI TÉNYEZŐK ÉS MÁJELZSÍROSODÁS KAPCSOLATA MAFLD-BEN: MR-PDFF, STEATOSIS KVANTITATÍV ULTRAHANG ALAPÚ MEGHATÁROZÁSA, ELASZTOGRÁFIA ÉS NEM INVAZÍV PONTSZÁMOK KÖZÖTTI ÖSSZEFÜGGÉSEK** (6 + 4 perc)  
Egresi Anna, Budapest
- 16:40 **THE PROGNOSTIC ROLE OF PORTAL VEIN THROMBOSIS IN MALIGNANT AND NON-MALIGNANT HEPATIC AND OTHER GASTROINTESTINAL DISEASES - DATA FROM A NORTH-EAST HUNGARIAN HOSPITAL** (6 + 4 perc)  
Lombay Béla, Miskolc
- 16:50 **SECRETORY IMMUNOGLOBULIN A (SIGA): A NEW PROGNOSTIC MARKER FOR PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS (PSC)** (6 + 4 perc)  
Tornai Dávid, Debrecen

---

2026. június 5. péntek  
17:00 – 18:00

Marbella terem

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

Üléselnökök: **Tarpay Ádám**, Budapest

**Bakucz Tamás**, Budapest

- 17:00 **ACUT CHOLECYSTITISBEN VÉGZETT TRANSPAPILLARIS CHOLECYSTA DRAINAGE** (6 + 4 perc)  
Bősze Zsófia, Szeged
- 17:10 **EGY ÜLÉSBEN VÉGZETT EUH-ERCP - TAPASZTALATOK 102 ESET KAPCSÁN** (6 + 4 perc)  
Lőrinczi Csaba, Budapest
- 17:20 **TRPV6 UPREGULATION BY BILE ACIDS PROMOTES TUMORGENIC PROPERTIES IN PANCREATIC CANCER** (6 + 4 perc)  
Boshra Yosef, Szeged
- 17:30 **PEPTIDRECEPTOR-RADIONUKLID TERÁPIA HATÉKONYSÁGA GASTROENTERO-PANCREATICUS NEUROENDOKRIN TUMOROKBAN** (6 + 4 perc)  
Bank Vencel, Szeged
- 17:40 **PRE-EXISTING AND NEWLY DEVELOPED CARDIAC ABNORMALITIES ARE ASSOCIATED WITH WORSE OUTCOMES IN AP - A MULTICENTRE REGISTRY-BASED COHORT STUDY** (6 + 4 perc)  
Lillik Veronika, Székesfehérvár
- 17:50 **DEPRESSION AND ANXIETY ARE ASSOCIATED WITH POORER OUTCOMES IN ACUTE PANCREATITIS: A PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY** (6 + 4 perc)  
Fehér Tibor Dániel, Budapest

---

18:00 – 18:30

KÁVÉSZÜNET

---

**SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE7)  
Felső tápcsatorna (UGT)**

Ülésselnökök: **Czimmer József**, Pécs    **Izbéki Ferenc**, Székesfehérvár

- 18:30 **PREVALENCE OF MOST FREQUENT DGBIS (DISEASES OF GUT-BRAIN INTERACTION) IN PATIENTS WITH INFERTILITY - POSSIBLE CORRELATIONS WITH SOMATIC, PSYCHOLOGICAL, AND HORMONAL STATUS** (6 + 4 perc)  
Róka Richárd, Szeged
- 18:40 **ARTEFICIAL INTELLIGENCE AIDED EVALUATION OF CAPSULE ENDOSCOPY RECORDINGS IS NOT YET READY TO SUBSTITUTE EXPERT GASTROENTEROLOGISTS. SINGLE CENTER REAL LIFE STUDY** (6 + 4 perc)  
Czikk Tamás, Szeged
- 18:50 **30 NAPOS MORTALITÁS PREDIKTORAINAK VIZSGÁLATA FELSŐ GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉSBEN** (6 + 4 perc)  
Kovács Bálint Tibor, Budapest
- 19:00 **A MÁGNESESEN IRÁNYÍTOTT KAPSZULAENDOSZKÓPIA (MCCE) ÉS A HAGYOMÁNYOS GASTROSCOPIA ÖSSZEHASONLÍTÁSA GYOMOR ELTÉRÉSEK KIMUTATÁSÁBAN** (6 + 4 perc)  
Finta Ádám, Székesfehérvár
- 19:10 **A TUMOROS SZARKOPÉNIA ÉS A SZÍVÁLLAPOT ÖSSZEFÜGGÉSEI NYELŐCSŐRÁKOS BETEGEKNÉL SZÍV-MRI, BIOIMPEDANCIA ÉS CT VIZSGÁLATOK ALAPJÁN** (6 + 4 perc)  
Vass Tamás, Budapest
- 19:20 **ESOPHAGEAL INTRALUMINAL IMPEDANCE (EII) MEASUREMENT MAY HELP TO DETERMINE THE DISEASE ACTIVITY AND THERAPEUTIC EFFICACY IN PATIENTS WITH EOSINOPHILIC ESOPHAGITIS (EOE)** (6 + 4 perc)  
Czikk Tamás, Szeged

2026.06.06

**SZOMBAT**

TOSCANA 1. TEREM

2026. június 6. szombat  
7:30 – 8:00

Toscana 1. terem

*IPSEN SZIMPÓZIUM*  
**Célkeresztben a primer biliaris cholangitis**

Üléselnökök: Szalay Ferenc, Budapest

**Minden, ami a diagnosztika során fontos** (15 perc)  
Papp Mária, Debrecen**Terápiás aktualitások a mindennapokra** (15 perc)  
Pár Gabriella, Budapest2026. június 6. szombat  
8:30 – 9:30

Toscana 1. terem

**POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG10)**  
**Tranzíció a gasztroenterológiában**Üléselnökök: **Dezsőfi-Gottl Antal**, Budapest**Müllner Katalin**, Budapest08:30 **Általános alapelvek, speciális helyzetek (tápeszközt viselő gyermekek)**  
(18 + 2 perc)

Karoliny Anna, Budapest

08:50 **IBD – tandem** (18 + 2 perc)

Cseh Áron, Budapest

08:50 **IBD - tandem** (18 + 2 perc)

Müllner Katalin, Budapest

09:10 **Hepatológia - tandem** (18 + 2 perc)

Hagymási Krisztina, Budapest

09:10 **Hepatológia - tandem** (18 + 2 perc)

Dezsőfi-Gottl Antal, Budapest

2026. június 6. szombat  
9:30 – 10:30

Toscana 1. terem

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

Üléselnökök: **Rosztóczy András**, Szeged     **Papp Mária**, Debrecen

09:30 **Multiparametric ultrasound in liver diseases: an overview for the practising clinician** (20 min)  
Grgurevic Ivica, Zágráb

09:50 **What can we learn about the management of IBD patients from population-based inception cohorts? The lessons on long-term outcomes** (20 min)  
Lakatos Péter László, Montreal

10:10 **Rethinking endometriosis: A microbiome-driven gut-brain disease?** (20 min)  
Neunlist Michael, Nantes

10:30 – 11:00

KÁVÉSZÜNET

2026. június 6. szombat  
11:00 – 12:00

Toscana 1. terem

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

Üléselnökök:  
**Gyökeres Tibor**, Budapest     **Maléth József**, Szeged     **Czakó László**, Szeged

11:00 **Advances in the treatment of malignant and benign biliary strictures** (20 min)  
Hucl Tomas, Prága

11:20 **Endosonographic biliary drainage in palliative settings** (20 min)  
Seicean Andrada, Kolozsvár

11:40 **Genetic basis of chronic pancreatitis: from human studies to animal models**  
(20 min)  
Sahin-Tóth Miklós, USA

2026. június 6. szombat  
12:00 – 13:00

Toscana 1. terem

PLENÁRIS ÜLÉS (P3)  
**Hetényi Géza emlékelőadás**  
**Pro Optimo Merito in Gastroenterologia kitüntetések**

*Üléseelnökök:*

**Palatka Károly**, Debrecen

**Gyökeres Tibor**, Budapest

**Szepes Zoltán**, Szeged

**Czakó László**, Szeged

**Bajor Judit**, Pécs

**HETÉNYI GÉZA EMLÉKELŐADÁS**

12:00 **A patofiziológiától a terápiáig – a Hetényi-örökség az intervenciós gasztroenterológiában** (20 perc)  
Szepes Zoltán, Szeged

**SÁFRÁNY LÁSZLÓ EMLÉKELŐADÁS**

12:20 **Sáfrány László emlékelőadás** (20 perc)  
Tulassay Zsolt, Budapest

**MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS**

12:40 **MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS - A Plazminogén aktivátor inhibitor 1 (PAI-1) transzlációs és klinikai jelentőségének vizsgálata gyulladáso bélbetegségben** (15 perc)  
Jójárt Boldizsár, Szeged

**Kitüntetések átadása**

**PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA KITÜNTETÉSEK ÁTADÁSA**

A kitüntetést kapják: **Varga Márta**, Békéscsaba

**Szegedi László**, Nyíregyháza

**Díjak átadása:**

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

A díjat kapják:

**Farkas Bernadett**, Szeged és mtsai és **Tornai Dávid**, Debrecen és mtsai

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

A díjat kapják: **Balogh Fruzsina**, Budapest és mtsai

**„PRO OPTIMO MERITO IN PANCREATICO-ONCOLOGIA” DÍJ ÁTADÁSA**

A díjat kapja: Dr. Sz. cs Ákos

**„PRO OPTIMO MERITO IN PANCREATICO-ONCOLOGIA” IFJÚSÁGI DÍJ ÁTADÁSA**

A díjat kapják: Dr. Tóth Bertalan és Dr. Váncza Lóránd

---

13:00 – 14:00

EBÉD

---

2026. június 6. szombat  
14:00 – 15:00

Toscana 1. terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP2)  
**Gazdálkodási modellek – fenntartható-e az önálló gasztroenterológiai ellátás?**

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

14:00 **Független gasztroenterológia – debreceni tapasztalatok** (15 perc)  
Papp Mária, Debrecen

14:15 **A nem önálló egyetemi gasztroenterológia** (15 perc)  
Molnár Tamás, Szeged

14:30 **Specializált gasztroenterológiai ellátási modell – Pancreas Betegségek Intézete** (15 perc)  
Hegyi Péter, Budapest

14:45 **Mi a helyzet az egyéb IIB és III-as progresszivitási szintű ellátó helyeken?** (15 perc)  
Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg

---

2026. június 6. szombat  
15:00 – 16:00

Toscana 1. terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP9)  
**Vastagbélvizsgálat helyzete, aktualitása napjainkban**

Üléseelnökök: **Molnár Tamás**, Szeged      **Palatka Károly**, Debrecen

15:00 **Régiós áttekintés a CRC szűrésnek** (15 perc)  
Hlavaty Tibor, Pozsony

15:15 **Hazai helyzet a CRC szűrésben** (15 perc)  
Szepes Zoltán, Szeged

15:30 **CRC szűrés speciális betegcsoportokban** (15 perc)  
Szamosi Tamás, Budapest

---

16:00 – 16:30

KÁVÉSZÜNET

---

2026. június 6. szombat  
16:30 – 17:30

Toscana 1. terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP10)  
**Alapkutatás**

Üléselnökök: **Maléth József**, Szeged      **Sarlós Patrícia**, Pécs

16:30 **MI-alapú diagnosztika a gasztroenterológiában** (15 perc)  
Madácsy László, Székesfehérvár

16:45 **MI-adatok tárolása jogi szempontból** (15 perc)  
Dzsinich Gergely, Budapest

17:00 **Viselhető okoseszközök és mesterséges intelligencia szerepe a kardiovaszkuláris monitorozásban és döntéstámogatásban úrorvosi környezetben** (15 perc)  
Nagy Klaudia Vivien, Budapest

2026. június 6. szombat  
17:30 – 18:30

Toscana 1. terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP7)  
**Mistakes-in szekció**

Üléselnökök: **Ivány Emese**, Szeged      **Palatka Károly**, Debrecen

17:30 **Újonnan diagnosztizált Crohn betegség** (15 perc)  
Bálint Anita, Szeged

17:45 **Bélelégtelenség és parenterális táplálás** (15 perc)  
Horváth Miklós, Budapest

18:00 **Alkoholos májbetegség** (15 perc)  
Halász Réka, Szeged

2026. június 6. szombat  
18:30 – 19:00

Toscana 1. terem

*SUPREMEX SZIMPÓZIUM*

**Rome V – új irányok, mi változik és mit viszünk tovább?  
Diagnosztikai és terápiás változások**

Üléselnökök: Szepes Zoltán, Szeged

**Rome V - Fókuszban a felső tápcsatorna** (15 perc)  
Rosztóczy András, Szeged

**Rome V - Új perspektívák az alsó tápcsatorna betegségeiben** (15 perc)  
Ollé Georgina, Szeged

2026. június 6. szombat  
8:00 – 8:30

Ibiza terem

*SANDOZ SZIMPÓZIUM II.*

**ECCO Highlights 2026 - Újdonságok az IBD diagnosztikájában és terápiájában**

**Terápiás döntések új megvilágításban: az ECCO kongresszus legfontosabb üzenetei**

**Tandem előadás a terápiás döntések új megvilágításairól**

Molnár Tamás, Szeged

Farkas Klaudia, Szeged

2026. június 6. szombat  
8:30 – 9:30

Ibiza terem

**SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP6)**

**Multidiszciplináris szekció. Endoszkópos videó bemutatások**

Üléselnökök: **Czakó László**, Szeged    **Szepes Zoltán**, Szeged

**08:30 Nehéz minor papilla kanülálás és sphincterotomia – egyedi megoldás**

(3 + 5 perc)

Horváth Miklós, Budapest

**08:38 Endoszkópos intermuszkuláris disszekció a korai rectumkarcinoma**

**kezelésében - esetbemutatás** (3 + 5 perc)

Tornai Tamás, Budapest

**08:46 Percutan gastrostoma kialakítása direkt szúrás és gastropexia segítségével**

(3 + 5 perc)

Zsóri Gábor, Gyula

**08:54 EUH által vezérelt vascularis intervenció: subcardialis Varix (COIL + GLUE)**

(3 + 5 perc)

Kui Balázs, Szeged

**09:02 Nyelőcső endoscopia tunnel technikával SMT eltávolítása** (3 + 5 perc)

Fábián Anna, Szeged

**09:10 EUH vezérelt kémiai abláció insulinománál** (5 + 5 perc)

Magyar Dániel, Szeged

**09:18 Juxtapapilláris diverticulum okozta nehéz epeúti kanülálás megoldása**

(3 + 5 perc)

Czakó László, Szeged

10:30 – 11:00

KÁVÉSZÜNET

13:00 – 14:00

EBÉD

2026. június 6. szombat  
14:00 – 15:00

Ibiza terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP12)  
**Gyomor funkcionális betegségei**

Üléselelnökök: **Rosztóczy András**, Szeged      **Herszényi László**, Budapest

14:00 **Barrett metaplasia okai és mechanizmusa** (15 perc)  
Papp Veronika, Budapest

14:15 **Barrett metaplasia szűrése és kezelése** (15 perc)  
Rosztóczy András, Szeged

14:30 **Barrett metaplasia klasszifikáció. Szükségünk lesz-e még a Seattle-i protokollra 2030-ban?** (15 perc)  
Herszényi László, Budapest

16:00 – 16:30

KÁVÉSZÜNET

2026. június 6. szombat  
16:30 – 17:30

Ibiza terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP14)  
**Gasztroenterológiai-sebészeti szekció a határterületi kérdésekről**

Üléselelnökök: **Lázár György**, Szeged      **Novák János**, Gyula      **Paszt Attila**, Szeged

16:30 **Szövődményes Barrett esophagus: abláció vagy műtét? (Tandem)** (15 perc)  
Rosztóczy András, Szeged

16:30 **Szövődményes Barrett esophagus: abláció vagy műtét? (Tandem)** (15 perc)  
Paszt Attila, Szeged

16:45 **T1-es colon és rectum daganatok – Meddig mehet el az endoszkópos? (Tandem)** (15 perc)  
Molnár Tamás, Szeged

16:45 **T1-es colon és rectum daganatok – Meddig mehet el az endoszkópos? (Tandem)** (15 perc)  
Simonka Zsolt, Szeged

17:00 **Acut cholecystitis (Tandem)** (15 perc)  
Kui Balázs, Szeged

17:00 **Acut cholecystitis (Tandem)** (15 perc)  
Szűcs Ákos, Budapest

2026. június 6. szombat  
17:30 – 18:30

Ibiza terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP11)  
**Pancreas-betegségek**

Üléselnökök: **Hegyi Péter**, Budapest    **Vincze Áron**, Pécs

17:30 **Fatty pancreas klinikai jelentősége** (15 perc)  
Czakó László, Szeged

17:45 **Pancreas betegségek vasculáris szövődményei** (15 perc)  
Teutsch Brigitta, Budapest

18:00 **Mikor kérjük EUH vizsgálatot pancreas cysták esetén?** (15 perc)  
Szmola Richárd, Budapest

2026. június 6. szombat  
18:30 – 19:00

Ibiza terem

*BOSTON SCIENTIFIC / MICROMEDICAL SZIMPÓZIUM*

**A diagnosztikus ERCP-től a terápiás EUH-ig komplex pancreas esetek kapcsán**  
Szmola Richárd, Budapest

2026.06.06.

SZOMBAT

MARBELLA TEREM

2026. június 6. szombat

Marbella terem

8:30 – 9:30

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE8)  
IBD

Üléselnökök: **Golovics Petra**, Budapest**Iliás Ákos**, Budapest

08:30 **THE ROLE OF EARLY MUCOSAL AND TRANSMURAL REMISSION IN A TREAT-TO-TARGET STRATEGY AMONG PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE RECEIVING BIOLOGICAL THERAPY** (6 + 4 perc)

Resál Tamás, Budapest

08:40 **CHARACTERISATION OF BOWEL URGENCY IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE** (6 + 4 perc)

Ivány Emese, Szeged

08:50 **A JAK-GÁTLÓ KEZELÉS RÖVID ÉS HOSSZÚ TÁVÚ KIMENETELÉNEK ÉRTÉKELÉSE REFRAKTER, KÖZÉPSÚLYOS–SÚLYOS COLITIS ULCEROSÁBAN** (6 + 4 perc)

Gálfalvi Noémi, Szeged

09:00 **AZ ANTI-INTEGRIN  $\alpha v\beta 6$  ANTITEST SZÉRUMSZINTMÉRÉSÉNEK KLINIKAI JELENTŐSÉGE GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBEN** (6 + 4 perc)

Angyal Dorottya, Budapest

09:10 **REPRODUKTÍV EGÉSZSÉG IBD-BEN** (6 + 4 perc)

Pápista Máté, Szeged

09:20 **EVALUATING THE DIAGNOSTIC UTILITY OF FAECAL PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR-1 (PAI-1) VERSUS CALPROTECTIN IN DISTINGUISHING INFLAMMATORY BOWEL DISEASE FROM OTHER GASTROINTESTINAL CONDITIONS** (6 + 4 perc)

Jójárt Boldizsár, Szeged

2026. június 6. szombat

Marbella terem

9:30 – 10:30

SZAKDOLGOZÓI GYAKORLATI SZEKCIÓ (SZD-GY)

10:30 – 11:00

KÁVÉSZÜNET

2026. június 6. szombat  
11:00 - 12:00

Marbella terem

SZAKDOLGOZÓI SZEKCIÓ (SZD-IBD)

IBD

Üléselnökök: **Huszka László**, Szeged

**Belovai Martin**, Szeged

- 11:00 **Kombinált biológiai terápiák** (10 perc)  
Zsilák-Urbán Mihály, Szeged
- 11:10 **Kinek nyílik meg a beteg? Az IBD nővér szerepe** (10 perc)  
Fisiné Hódosi Mónika, Budapest
- 11:20 **Enterális tápszerek alkalmazása IBD-ben** (10 perc)  
Lada Szilvia, Szeged
- 11:30 **ECCO 2026 beszámoló** (10 perc)  
Zsobrák Karol, Kaposvár
- 11:40 **Beszámoló az MCCBE munkájáról** (10 perc)  
Rácz Rita, Budapest

2026. június 6. szombat  
12:00 – 13:00

Marbella terem

SZAKDOLGOZÓI SZEKCIÓ (SZD1)

Üléselnökök: **Lombay Béla**, Miskolc

**Szabó Ágnes**, Szeged

- 12:00 **Nosocomial Infection Surveillance in a Tertiary Pancreatic Center: A Prospective Cohort Study** (10 perc)  
Rajci Ildikó
- 12:10 **Body Mass Index and Psychological Alterations in Patients with Acute Pancreatitis** (10 perc)  
Németh Zsófia
- 12:20 **Asszisztenseink szerepe a pre-, peri és postprocedurális folyamatok, és a szövődmények ellátása során-együtt könnyebb!** (10 perc)  
Szőnyi Mihály, Budapest
- 12:30 **Mit szabad és mivel jár!** (20 perc)  
Bányai Krisztina, Miskolc

13:00 – 14:00

EBÉD

2026. június 6. szombat  
14:00 – 16:00

Marbella terem

SZAKDOLGOZÓI SZEKCIÓ (SZD2)

Üléselnökök: **Szőnyi Mihály**, Budapest

**Langhammer Szilvia**, Pécs

- 14:00 **Endoszkópos well-being** (15 perc)  
Móré-Paskó Krisztina, Gyöngyös
- 14:15 **Amit a kromoendoszkópiáról tudni érdemes** (10 perc)  
Szabó Ágnes, Szeged
- 14:25 **A mágnesesen vezérelt gyomorkapszula-rendszer (MCCE) technikájának elsajátíthatósága kezdő orvosok és szakasszisztensek által: szimulációs kompetencia vizsgálat** (10 perc)  
Tupcsia Fruzsina, Székesfehérvár
- 14:35 **Szegedi Tudományegyetem Gasztroenterológiai Centrumában eddig végzett cholangioscopiák adatainak elemzése** (10 perc)  
Gyömbér Edit, Szeged
- 14:45 **Endoszkópos asszisztens egészségnevelő munkája** (10 perc)  
Pappné Szerdahelyi Erika, Kisvárd
- 14:55 **Csendes kihívás- Siketséggel élők egészségügyi ellátása** (10 perc)  
Kovácsné Kecze Ágnes, Eger
- 15:05 **„Álomból - Valóság” - Az összefogás ereje”A DEKK Gasztroenterológiai Klinika első öt évének bemutatása szakdolgozói szemmel** (10 perc)  
Keszler Éva, Debrecen
- 15:15 **Koordinátorként Komáromban** (10 perc)  
Nagy Irén, Komárom

2026. június 6. szombat  
16:30 – 17:30

Marbella terem

SZAKDOLGOZÓI SZEKCIÓ (SZD-FREE)  
Szakdolgozói témájú bejelentett előadások

Üléselnökök: **Szmola Richárd**, Budapest      **Erőss Bálint**, Budapest

- 16:30 **NASOGASTROSCOPIA HASZNA A NAPI GYAKORLATBAN ASSZISZTENSI SZEMMEL** (10 perc)  
Márkus-Hegyesi Katalin
- 16:40 **PHYSIOTHERAPY IMPROVES THE FUNCTIONAL STATUS AND PHYSICAL STRENGTH OF PATIENTS HOSPITALIZED WITH ACUTE PANCREATITIS** (10 perc)  
Soós Bence Tibor
- 16:50 **THE ROLE OF FAMILY HISTORY IN COLORECTAL SCREENING: FROM A UNIFORM PROTOCOL TO PERSONALIZED PREVENTION** (10 perc)  
Binnyeiné Sallai Edina Beáta
- 17:00 **HONNAN INDULTUNK, HOVÁ JUTOTTUNK: A PANCREATOBILIÁRIS BETEGSÉGEK ELLÁTÁSÁNAK EVOLÚCIÓJA** (10 perc)  
Egyedné Bihari Mária, Budapest

2026.06.06.

**SZOMBAT**

PANORAMA TEREM

2026. június 6. szombat  
15:00 – 15:50

Panorama terem

**Az MGT Ultrahang-Képalkotó Szekció ünnepi ülése**

Üléselnök: **Gervain Judit**, Székesfehérvár

1. **Az MGT Ultrahang-képalkotó szekció öt évtizede és működése 2021-2026 között – Beszámoló** (10 perc)  
Székely György, az MGT Ultrahang-Képalkotó Szekció elnöke
2. **A gasztroenterológiai ultrahang diagnosztikai képzés, jártasság kérdései és a működés finanszírozása hazánkban** (10 perc)  
Székely György, az MGT Ultrahang-Képalkotó Szekció elnöke
3. **A minőségi bél-ultrahang diagnosztika jelentősége IBD centrumokban** (15 perc)  
Molnár Tamás
4. **Tisztújító választás** (10 perc)

2026.06.07

**VASÁRNAP**

TOSCANA 1. TEREM

2026. június 7. vasárnap  
8:00 – 8:30

Toscana 1. terem

*ABBVIE SZIMPÓZIUM II.*  
**A megfelelő időzítés jelentősége II****Korai IL-23-gátlás és ambiciózus terápiás célok a CD korszerű kezelésében (13 perc)**  
Molnár Tamás, Szeged**Korai IL-23-gátlás és ambiciózus terápiás célok az UC korszerű kezelésében (13 perc)**  
Palatka Károly, Debrecen2026. június 7. vasárnap  
8:30 – 10:30

Toscana 1. terem

**POSZTER 1 SZEKCIÓ**  
**Esetismertetések**

Üléselnökök:

**Sarang Krisztina**, Szombathely      **Vitális Zsuzsanna**, Debrecen  
**Kovács György**, Nyíregyháza08:30 **A MÁJELZSÍROSODÁS ELŐFORDULÁSA ÉS ÖSSZEFÜGGÉSE A MIKRO- ÉS  
MAKROVASZKULÁRIS SZÖVŐDMÉNYEKSEL 2-ES TÍPUSÚ  
CUKORBETEGSÉGBEN (5 perc)**

Kozma Brigitta, Ráckeve

08:35 **RITKA BETEGSÉG ÁLTAL OKOZOTT HEPATOPATHIA ESETE (5 perc)**

Birtalan Krisztián, Budapest

08:40 **DIAGNOSZTIKUS ÚTVESZTŐ EGY CISZTÓZUS MÁJELVÁLTOZÁS  
KIVIZSGÁLÁSA SORÁN – VÁRATLAN FORDULAT KOMPLEX KLINIKAI  
ESETÜNK KEZELÉSE SORÁN (5 perc)**

Leiszter Katalin, Budapest

08:45 **AKUT LYMPHOID LEUKÉMIÁS (ALL) BETEG HEPATITIS E VÍRUS INFEKCIÓJA –  
VÁRHATUNK-E A KEZELÉSEL? (5 perc)**

Krolopp Anna, Budapest

08:50 **IMMUN ELLENŐRZŐPONT GÁTLÓ OKOZTA HEPATITIS. ESETISMERTETÉS (5  
perc)**

Kis Imre Dániel, Budapest

- 09:05 **THIAMAZOL (METOTHYRIN) INDUKÁLTA MÁJKÁROSODÁS. ESETTANULMÁNY.** (5 perc)  
Izer János, Budapest
- 09:10 **UPADACITINIB KEZELÉS VALÓS ÉLETBELI TAPASZTALATAI NEHEZEN KEZELHETŐ IBD-BETEGEKBEN** (5 perc)  
Élthes Zsuzsa Bianka, Debrecen
- 09:15 **THE RELATIONSHIP BETWEEN PHASE ANGLE AND DISEASE ACTIVITY IN IBD PATIENTS RECEIVING BIOLOGICAL THERAPY** (5 perc)  
Demeter Dóra, Budapest
- 09:20 **NEUTROPAENIAVAL TÁRSULÓ COLITIS MINT IBD-MIMIC: DIAGNOSZTIKUS KIHÍVÁS EGY ATÍPUSOS ESET KAPCSÁN** (5 perc)  
Élthes Zsuzsa Bianka, Debrecen
- 09:25 **TAPASZTALATAINK GUSELKUMAB TERÁPIÁVAL** (5 perc)  
Golovics Petra, Budapest
- 09:30 **DEPRESSIVE AND ANXIETY SYMPTOMS AND SUBSTANCE USE IN RELATION TO PANCREATITIS DISEASE STAGES** (5 perc)  
Lippai Judit, Budapest
- 09:35 **CLINICAL DETERMINANTS AND LONGITUDINAL DYNAMICS OF CA19-9 ELEVATION IN NON-MALIGNANT PATIENTS** (5 perc)  
Czakó Bálint, Szeged
- 09:40 **GENERAL ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEFORE ERCP IS STILL NOT SUPPORTED: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS** (5 perc)  
Zsigmond Kálmán, Budapest
- 09:45 **IN VITRO FERTILIZÁCIÓ OKOZTA PANCREATITIS** (5 perc)  
Tajti Máté, Szeged
- 09:50 **CHOLECYSTOENTERALIS FISTULA - ESETTANULMÁNY** (5 perc)  
Tóth Kinga, Budapest
- 09:55 **AZ ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG ÉS VÉKONYTŰ-BIOPSZIA SZEREPE A VILÁGOS SEJTES VESEDAGANATOK HASNYÁLMIRIGY-ÁTTÉTÉNEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN.** (5 perc)  
Crai Stefan, Gyula

10:00 **RETROSPEKTÍV TESTÖSSZETÉTEL-ANALÍZIS FALLAL KÖRÜLVETT PANKREÁSZ NEKRÓZISBAN (WOPN) SZENVEDŐ BETEGEKNÉL EGY TERCIER CENTRUMBAN** (5 perc)  
Horváth Lilla, Budapest

10:05 **A RARE CAUSE OF DOUBLE DUCT SIGN: A CASE REPORT** (5 perc)  
Terzin Viktória, Szeged

10:10 **ITT A KŐ, HOL A KŐ - CHOLECYSTOENTERICUS FISTULATÓL AZ ILEUSIG** (5 perc)  
Káplár Barbara, Debrecen

10:30 – 11:00

KÁVÉSZÜNET

2026. június 7. vasárnap  
11:00 – 11:30

Toscana 1. terem

*CELLTRION SZIMPÓZIUM*

**A Crohn-betegség posztoperatív kezelése** (15 perc)  
Palatka Károly, Debrecen

**Az infliximab szerepe az új biológiai érában** (15 perc)  
Lakatos Péter, Montreal

2026. június 7. vasárnap  
11:30 – 13:30

Toscana 1. terem

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

Üléselnökök:

**Hamvas József**, Budapest

**Pécsi Gyula**, Győr

**Varga Márta**, Békéscsaba

11:30 **A PUSH-PEG SZEREPE A SEBÉSZETI GASZTROSZTÓMIA KIVÁLTÁSÁBAN TUMOROS DYSPHAGIÁBAN – EGY CENTRUM TAPASZTALATAI** (5 perc)  
Tarpay Ádám, Budapest

11:35 **OPTIMIZATION OF HELICOBACTER PYLORI ERADICATION WITH PROBIOTICS AND BISMUTH: A REAL-WORLD RETROSPECTIVE ANALYSIS** (5 perc)  
Gelley András, Budapest

11:40 **A HATÉKONY GASZTROPOTEKCIÓ SZÜKSÉGESSÉGE ANTITROMBOTIKUS KEZELÉS MELLETT - 6 HÓNAPOS RETROSPEKTÍV KOHORSZVIZSGÁLAT** (5 perc)  
Tóth Zsuzsanna, Budapest

- 11:45 **ÚJ TERÁPIÁS LEHETŐSÉG A DYSPHAGIA KEZELÉSÉBEN: A FELSŐ OESOPHAGEALIS SPHINCTER TÁGÍTÁSA INTÉZETÜNKBEN** (5 perc)  
Naschauer Kinga, Budapest
- 11:50 **DOES MPV VALUE HAVE ANY ROLE IN DIAGNOSING AND MONITORING COELIAC DISEASE?** (5 perc)  
Szirmay Balázs, Pécs
- 11:55 **NYELŐCSŐ GRANULÁRIS SEJTES TUMOR ENDOSZKÓPOS TELJES FALI RESECTIOJA** (5 perc)  
Papp Veronika, Budapest
- 12:00 **AZ ARTÉRIA MESENTERICA SUPERIOR SZINDRÓMA HETEROGÉN ÉS SZEKUNDER MEGJELENÉSI FORMÁI** (5 perc)  
Máth Beáta, Budapest
- 12:05 **AMIKOR A KRÓNIKUS HASI FÁJDALOM VASZKULÁRIS EREDETŰ: DUNBAR – SZINDRÓMA, MINT DIAGNOSZTIKAI KIHÍVÁS** (5 perc)  
Halász Adrienn, Székesfehérvár
- 12:10 **EXTRAPULMONÁLIS TUBERCULOSIS NYIROKCSOMÓ-ÉRINTETTSÉGGEL ÉS TRACHEOOESOPHAGEALIS FISTULA KIALAKULÁSÁVAL –** (5 perc)  
Hamvas József, Budapest
- 12:15 **AZ ADENOMA DETEKCIÓS RÁTA HATÁSA A POST-POLYPECTOMIÁS SURVEILLANCE IRÁNYELV-KÖVETÉSÉRE** (5 perc)  
Magyar Dániel, Szeged
- 12:20 **A PRUCALOPRIDE KLINIKAI ELŐNYEI A VASTAGBÉL-KAPSZULAENDOSZKÓPIÁBAN** (5 perc)  
Németh Bence, Győr
- 12:25 **ÚJ GENERÁCIÓS ENDOSZKÓPOS KLIP ALKALMAZÁSA NAGY MUCOSADEFECTUSOK ZÁRÁSÁRA EMR UTÁN – KEZDETI TAPASZTALATAINK** (5 perc)  
Tarpay Ádám, Budapest
- 12:30 **CRC UTÁNI ENDOSCOPOS SURVEILLANCE IRÁNYELV-ADHERENCIA** (5 perc)  
Szántó Flóra, Szeged
- 12:35 **GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉS BLUE RUBBER BLEB NEVUS SZINDRÓMA KAPCSÁN?** (5 perc)  
Sümegei Liza Dalma, Budapest
- 12:40 **SZÉKLETVÉR MEGHATÁROZÁSA A MAGYAR MÁLTAI SZERETETSZOLGÁLAT NASZLADY ATTILA EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI PROGRAMJÁBAN** (5 perc)  
Milassin Ágnes, Budapest

- 12:45 **A KAPSZULA ENDOSZKÓPIA KLINIKAI JELENTŐSÉGE A MINDENNAPI GYAKORLATBAN – EGY TERCIER CENTRUM TAPASZTALATAI** (5 perc)  
Farkas Tamás, Budapest
- 12:50 **EGY MIGRÁLT AXIOS STENT KÁLVÁRIÁJA, AVAGY ESETBEMUTATÁS EGY GASTRO-COLICUS FISTULA KAPCSÁN** (5 perc)  
Pártos Gergely, Budapest
- 12:55 **COLONOSCOPPAL VIZSGÁLT FELSŐ TÁPCSATORNAI VÉRZÉSEK PUSH-ENTEROSCOPIA HIÁNYÁBAN CENTRUMUNKBAN** (5 perc)  
Németh Noémi, Budapest
- 13:00 **A BETEGNEK MINDIG IGAZA VAN?!** (5 perc)  
Rusznay Krisztina Erzsébet, Budapest
- 13:05 **BLACK OESOPHAGUS ELŐREHALADOTT MALIGNUS FOLYAMAT TALAJÁN-ESETISMERTETÉS** (5 perc)  
Mályi Kata Sára, Budapest
- 13:10 **A DIETETIKUS SZEREPE A KONTAMINÁLT VÉKONYBÉL SZINDRÓMA (SIBO) KOMPLEX TERÁPIÁJÁBAN** (5 perc)  
Jándi-Kovács Krisztina, Szekszárd

2026.06.07.

**VASÁRNAP**

IBIZA TEREM

2026. június 7. vasárnap  
8:00 – 8:30

Ibiza terem

*GOODWILL PHARMA SZIMPÓZIUM***Muco-mimetikumok, muco-protekció – a bélfunkció helyreállítása**  
Schwab Richard, Budapest2026. június 7. vasárnap  
8:30 – 10:30

Ibiza terem

**SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE9)**  
**Alapkutatás (BS)**Üléselnökök: **Venglovecz Viktória**, Szeged **Pallagi Petra**, Szeged

- 08:30 **PIEZO1-MEDIATED MECHANOSENSING AND EPITHELIAL POLARITY REGULATE INFLAMMATORY SIGNALING IN HUMAN PANCREATIC ORGANOIDs** (10 + 3 perc)  
Kiss Aletta Kata, Szeged

- 08:56 **PROTECTIVE EFFECTS OF METHYLENE BLUE ON PMCA FUNCTION IN ALCOHOL-RELATED PANCREATITIS AND HEPATITIS** (10 + 3 perc)  
Horváth Zsófia, Szeged
- 09:09 **ÚJ LUMEN-NEURON TENGELY IBS-BEN: ELTÉRŐ ENTERÁLIS NEURONAKTIVÁCIÓ IBS-D ÉS IBS-C ESETÉN** (10 + 3 perc)  
Annaházi Anita, Szeged
- 09:22 **TRPA1 SELECTIVELY MODULATES FIBROTIC REMODELING BUT NOT ACUTE INJURY IN EXPERIMENTAL PANCREATITIS** (10 + 3 perc)  
Kiss Lóránd, Szeged
- 09:35 **NCLX REGULATES MITOCHONDRIAL CA<sup>2+</sup> HOMEOSTASIS AND PROTECTS PANCREATIC ACINAR CELLS IN EXPERIMENTAL ACUTE PANCREATITIS**  
(10 + 3 perc)  
Csákány-Papp Noémi, Szeged
- 09:48 **INVESTIGATION OF PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR-1 AS A THERAPEUTIC TARGET IN CHRONIC PANCREATITIS** (10 + 3 perc)  
Molnár Tünde, Szeged

---

10:30 – 11:00

KÁVÉSZÜNET

---

2026. június 7. vasárnap

Ibiza terem

11:00 – 11:30

*JOHNSON&JOHNSON SZIMPÓZIUM*

Üléselnökök: Palatka Károly, Debrecen

**Miért előnyös az endoszkópos remisszió a beteg számára,  
és hogyan határozható meg?** (15 perc)

Farkas Klaudia, Szeged

**Új remény a fisztulázó Crohn-os betegek számára -  
Mit mutatnak az friss klinikai eredmények?** (15 perc)

Mihály Emese, Budapest

2026. június 7. vasárnap  
11:30 – 13:30

Ibiza terem

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE10)  
Alap kutatás (BS)

Üléseelnökök: **Madácsy Tamara**, Szeged      **Zádori Zoltán Sándor**, Budapest

- 11:30 **COMPARATIVE CHARACTERIZATION OF EARLY-PASSAGE PRIMARY HUMAN FIBROBLAST CULTURES FROM CROHN'S DISEASE AND CONTROL SAMPLES** (10 + 3 perc)  
Kajári Lilian, Szeged
- 11:43 **A LIZOFOSZFATIDSÁV RECEPTOR 5 (LPAR5) VÉDŐ HATÁST FEJT KI EGEREK BEN, A NEM-SZTEROID GYULLADÁSCSÖKKENTŐK ÁLTAL KIVÁLTOTT ENTEROPÁTIÁVAL SZEMBEN** (10 + 3 perc)  
Zsidai Anna, Budapest
- 11:56 **AZ ENDOKANNABINOID RENDSZER SZEREPÉNEK VIZSGÁLATA INDOMETACIN-INDUKÁLT ENTEROPÁTIÁBAN EGÉRMODELLBEN** (10 + 3 perc)  
Demeter Zsuzsanna Orsolya, Budapest
- 12:09 **INFLAMMATORY CYTOKINES MODULATE HCO<sub>3</sub>- SECRETION IN PANCREATIC DUCT EPITHELIUM CELL** (10 + 3 perc)  
MingJuan Li, Szeged
- 12:22 **LONGITUDINAL CLINICAL CHARACTERISTICS OF A MISFOLDING-CAUSING MUTATION (PRSS1 P.L104P) ASSOCIATED HEREDITARY PANCREATITIS** (10 + 3 perc)  
Bokor Barbara Anna, Szeged
- 12:35 **A PREBIOTIKUMOKKAL KIEGÉSZÍTETT ELŐKEZELÉS KISÁLLAT MODELLBEN A BÉLFLÓRA MODULÁLÁSÁN KERESZTÜL MEGELŐZI A VASTAGBÉLGYULLADÁST ÉS AZ ANASZTOMÓZIS SZIVÁRGÁSÁT** (10 + 3 perc)  
Kovács Szabina, Budapest
- 12:48 **IN VITRO AND IN VIVO CHARACTERIZATION OF NANOZYMES WHIT THERAPEUTIC POTENCIAL IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE** (10 + 3 perc)  
Drubi Andrea, Szeged

2026. június 7. vasárnap

Marbella terem

8:00 – 13:30

**GASZTROENTEROLÓGIAI KÉPALKOTÓ TOVÁBBKÉPZÉS (Bél UH, MRI)  
(HANDSON-MR)**

08:00 **A radiológiai vizsgálóeljárások működési elve. Indikációk, előnyök, hátrányok, veszélyek** (30 perc)

Kincses Zsigmond Tamás, Szeged

08:30 **A sürgős has-és kismedence CT vizsgálatok klinikai indikációi** (20 perc)

Halász Réka, Szeged

08:50 **Máj és epeutak, valamint a hasnyálmirigy radiológiai vizsgálata** (40 perc)

Palkó András, Szeged

09:30 **A gyomor-béltraktus szeletes képalkotása** (40 perc)

Berényi Zsolt, Szeged

11:00 **Kontrasztos ultrahangvizsgálat szerepe a gócos májbetegségek differenciáldiagnosztikájában** (30 perc)

Palásti Péter, Szeged

11:30 **A bélultrahang szerepe a gyulladásos bélbetegségek diagnosztikájában és utánkövetésében** (30 perc)

Molnár Tamás, Szeged

12:00 **UH-vezérelt drainage indikációi gasztroenterológiai kórképekben** (30 perc)

Mohos Gábor, Budapest

13:30

**A KONFERENCIA ZÁRÁSA**

Toscana 1. terem

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

Dr. T.CSÁKY	(USA)		Dr. ALBERTO MONTORI	(I)	2003
Dr. F.VILARDELL	(E)		Dr. JULIUS ŠPIČÁK	(CZ)	2003
Dr. D. MÜTING	(D)		Dr. SZABO GYÖNGYI	(USA)	2004
Dr. L.DEMLING	(D)		Dr. ANDRES T. BLEI	(USA)	2004
Dr. H.MANSUROV	(SU)		Dr. CAROL STANCIU	(RO)	2004
Dr. A.UGOLEV	(SU)		Dr. BARRY E. ARGENT	(UK)	2004
Dr. M.SIURALA	(FL)		Dr. FABIO FARINATI	(I)	2005
Dr. Z.KOJECZKY	(CS)		Dr. DAVID E. J. JONES	(UK)	2005
Dr. L.LAMBLING	(F)		Dr. RAOUL POUPON	(F)	2005
Dr. E.GÜLZOW	(D)		Dr. SAHIN-TÓTH MIKLÓS	(USA)	2005
Dr. RUDOLF AMMAN	(CH)	1985	Dr. GUIDO COSTAMAGNA	(I)	2006
Dr. HERBERT FALK	(D)	1985	Dr. VARRO ANDREA	(USA)	2006
Dr. SERGE BONFILS	(F)	1985	Dr. MICHAEL PETER MANNS	(D)	2006
Dr. GÉZA CSOMÓS	(D)	1986	Dr. JEAN FIORAMONTI	(F)	2006
Dr. HERMON R.DOWLING	(GB)	1986	Dr. VAY LIANG W. (BILL) GO	(USA)	2006
Dr. RÜDIGER NILIUS	(D)	1986	Dr. LÁSZLÓ G BOROS.	(USA)	2007
Dr. SÁNDOR SZABÓ	(USA)	1987	Dr. CHRISTIAN ELL	(D)	2007
Dr. ROLF MADAUS	(D)	1987	Dr. EVA BROWNSTONE	(A)	2007
Dr. RODOPHO CHELI	(I)	1987	Dr. NADIR ARBER	(IL)	2007
Dr. F.G. RENGER	(D)	1987	Dr. JAROSLAW REGULA	(PL)	2007
Dr. MEINHARD CLASSEN	(D)	1988	Dr. MAKOTO OTSUKI	(J)	2008
Dr. HERIBERT THALER	(A)	1988	Dr. SIMON TRAVIS	(UK)	2008
Dr. ANATOLIJ LOGINOV	(SU)	1988	Dr. BERGER ZOLTÁN	(CH)	2009
Dr. LAJOS OKOLICSÁNYI	(I)	1989	Dr. PETER BONIS	(USA)	2009
Dr. GEORGE ÁCS	(USA)	1989	Dr. PAUL FOCKENS	(NL)	2009
Dr. ERWIN KUNTZ	(D)	1989	Dr. TÓTH ERVIN	(S)	2009
Dr. MARKETÁ JABLONSKA	(CS)	1990	Dr. BAFFY GYÖRGY	(USA)	2010
Dr. N.J. LYGIDAKIS	(NL)	1990	Dr. HERBERT LOCHS	(A)	2010
Dr. K.-H.M. BÜSCHENFELDE	(D)	1990	Dr. ÖRDÖG TAMÁS	(USA)	2010
Dr. HARALD HENNING	(D)	1991	Dr. CHRISTOPH RINK	(D)	2010
Dr. JAMES C. THOMPSON	(USA)	1992	Dr. ANGELS GINÈS	(ES)	2011
Dr. PETER FERENCI	(A)	1992	Dr. HEINZ HAMMER	(A)	2011
Dr. FRIEDRICH HAGENMÜLLER	(D)	1993	Dr. MICHAEL A. GRAY	(UK)	2011
Dr. WOLFGANG ARNOLD	(D)	1993	Dr. URSULA SEIDLER	(D)	2012
Dr. GRAHAM J. DOCKRAY	(GB)	1993	Dr. ANNA GUKOVSKAYA	(USA)	2013
Dr. HAROLD O. CONN	(USA)	1994	Dr. MARK HULL	(UK)	2013
Dr. K.D. RAINSFORD	(GB)	1994	Dr. ERWIN SANTO	(IL)	2013
Dr. PENTTI SIPPONEN	(SF)	1995	Dr. ARUN SANYAL	(USA)	2013
Dr. G.N.J. TYTGAT	(NL)	1995	Dr. RAINER SCHÖFL	(A)	2013
Dr. J.R.ARMENGOL MIRÓ	(E)	1996	Dr. FRANCESCO DI MARIO	(I)	2014
Dr. GUENTER J.KREJS	(A)	1996	Dr. PIERRE DEPPEZ	(BE)	2014
Dr. C.J. HAWKEY	(GB)	1997	Dr. GRAHAM R FOSTER	(UK)	2014
Dr. J.F. RIEMANN	(D)	1997	Dr. MARKUS M. LERCH	(D)	2014
Dr. CLAUDIO TIRIBELLI	(I)	1997	Dr. JOOST DRENTH	(NL)	2015
Dr. ANTON VAVREČKA	(SK)	1998	Dr. JONAS ROSENDAHL	(D)	2015
Dr.. P. FUNCH-JENSEN	(DK)	1998	Dr. SHOMRON BEN-HORIN	(IL)	2015
Dr. MASSIMO CRESPI	(I)	1998	Dr. D. NAGESHWAR REDDY	(IND)	2016
Dr. M.J.G. FARTHING	(GB)	1998	Dr. SÁFRÁNY LÁSZLÓ	(D)	2017
Dr. EDGAR ACHKAR	(USA)	1999	Dr. TOMICA MILOSAVLJEVIC	(SRB)	2017
Dr. PETER DÍTE	(CZ)	1999	Dr. JULIA MAYERLE	(D)	2018
Dr. COLM O'MORAIN	(IRL)	1999	Dr. TAMARA MATYSIAK-BUDNIK	(F)	2018
Dr. JOHN WALSCH	(USA)	1999	Dr. MARCEL TANTAU	(RO)	2018
Dr. PETER MALFERTHEINER	(D)	2000	Dr. DAN LUCIAN DUMITRASCU	(RO)	2019
Dr. JAN KOTRLÍK	(CZ)	2000	Dr. ABRAHAM ELIAKIM	(IL)	2019
Dr. A.S. PENNA	(NL)	2000	Dr. ANDREAS MÜNCH	(S)	2019
Dr. LIONEL BUENO	(F)	2000	Dr. MITSUHIRO KIDA	(J)	2020
Dr. ROY POUNDER	(GB)	2001	Dr. IBRAHIM MOSTAFA	(ET)	2020
Dr. ANDRZEJ NOWAK	(PL)	2001	Dr. NICHOLAS J. TALLEY	(AUS)	2020
Dr. DIETER HÁUSSINGER	(D)	2001	Dr. EDWARD JOHN DESPOTT	(UK)	2021
Dr. K. D. BARDHAN	(UK)	2001	Dr. RAF BISSCHOPS	(B)	2022
Dr. ANDRZEJ S. TARNAWSKI	(USA)	2002	Dr. HELMUT MESSMANN	(D)	2023
Dr. EAMONN MM QUIGLEY	(IRL)	2002	Dr. CRISTIAN GHEORGHE	(RO)	2024
Dr. EUGENIUSZ BUTRUK	(PL)	2002	Dr. CESARE HASSAN	(IL)	2025
Dr. WOLFRAM DOMSCHKE	(D)	2002	Dr. IAN GRALNEK	(I)	2025
Dr. LARS LUNDELL	(S)	2003	<b>Dr. TOMÁŠ HUCL</b>	<b>(CZ)</b>	<b>2026</b>

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

MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"

Dr. MAGYAR IMRE	1960	Dr. BAJTAI ATTILA	1994
Dr. VARRÓ VINCE	1961	Dr. KISS JÁNOS	1995
Dr. FORNET BÉLA	1962	Dr. PAPP JÁNOS	1996
Dr. GÖMÖRI PÁL	1963	Dr. LONOVICS JÁNOS	1997
Dr. PETRI GÁBOR	1964	Dr. TULASSAY ZSOLT	1998
Dr. HÁMORI ARTHUR	1965	Dr. PÁR ALAJOS	1999
Dr. SÓS JÓZSEF	1966	Dr. SCHAFF ZSUZSA	2000
Dr. JULESZ MIKLÓS	1968	Dr. SZALAY FERENC	2001
Dr. KELEMEN ENDRE	1969	Dr. PAP ÁKOS	2002
Dr. JÁVOR TIBOR	1970	Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2003
Dr. IVANICS GYÖRGY	1971	Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN	2004
Dr. CSERNAY LÁSZLÓ	1972	Dr. RÁCZ ISTVÁN	2005
Dr. RÁK KÁLMÁN	1973	Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER	2006
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1974	Dr. TAKÁCS TAMÁS	2007
Dr. SZARVAS FERENC	1975	Dr. BANAI JÁNOS	2008
1976-ban nem adtuk ki		Dr. WITTMANN TIBOR	2009
Dr. WINTER MIKLÓS	1977	Dr. OLÁH ATTILA	2010
Dr. PRÓNAY GÁBOR	1978	Dr. VARGA GÁBOR	2011
Dr. PETRÁNYI GYULA	1979	Dr. ALTORJAY ISTVÁN	2012
Dr. HOLLÁN ZSUZSA	1980	Dr. LAKATOS LÁSZLÓ	2013
Dr. ECKHARDT SÁNDOR	1981	Dr. HERSZÉNYI LÁSZLÓ	2014
Dr. PREISICH PÉTER	1982	Dr. HUNYADY BÉLA	2015
Dr. MÓZSIK GYULA	1983	Dr. MOLNÁR TAMÁS	2016
Dr. PAPP MIKLÓS	1984	Dr. BENE LÁSZLÓ	2017
Dr. GÁTI TIBOR	1985	Dr. KOVÁCS ÁGOTA	2018
Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1986	Dr. GÓGL ÁRPÁD	2019
Dr. FEHÉR JÁNOS	1987	Dr. SOLT JENŐ	2020
Dr. IHÁSZ MIHÁLY	1988	Dr. CZAKÓ LÁSZLÓ	2021
Dr. SZÉCSÉNY ANDOR	1989	Dr. GYÖKERES TIBOR	2022
Dr. LAPIS KÁROLY	1990	Dr. TISZLAVICZ LÁSZLÓ	2023
Dr. SIMON LÁSZLÓ	1991	Dr. VINCZE ÁRON	2024
Dr. BALOGH ISTVÁN	1992	Dr. PAPP MÁRIA	2025
Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	1993	<b>Dr. SZEPEZ ZOLTÁN</b>	<b>2026</b>

MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS KITÜNTETÉS

IMRE MAGYAR MEMORIAL LECTURE AWARD

1990. Dr. LENGYEL GABRIELLA	2008. Dr. PAPP MÁRIA
1991. Dr. KEMPLER PÉTER	2008. Dr. PÁR GABRIELLA
1992. Dr. KORPONAY-SZABÓ ILMA	2009. Dr. VENGLÓVECZ VIKTÓRIA
1993. Dr. IZBÉKI FERENC	2010. Dr. HRITZ ISTVÁN
1994. Dr. HORVÁTH GÁBOR	2011. Dr. SIPOS FERENC
1995. Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ	2012. Dr. MALÉTH JÓZSEF
1996. Dr. HEGYI PÉTER	2013. Dr. SZMOLA RICHÁRD
1997. Dr. OSZTROGONÁCS HENRIK	2014. Dr. FARKAS KLAUDIA
1998. Dr. CSEPREGI ANTAL	2015. Dr. GECSE KRISZTINA
1999. Dr. MOLNÁR BÉLA	2016. Dr. SZABÓ BÁLINT GERGELY
2000. Dr. NEMECZ ANDREA	2017. Dr. PALLAGI PETRA
2001. Dr. CZAKÓ LÁSZLÓ	2018. Dr. PATAI ÁRPÁD V.
2002. Dr. GASZTONYI BEÁTA	2019. Dr. NÉMETH BALÁZS
2003. Dr. LAKATOS PÉTER LÁSZLÓ	2020. Dr. BÁLINT ANITA
2004. Dr. JUHÁSZ MÁRK	2021. Dr. LOVÁSZ BARBARA
2005. Dr. MIHELLER PÁL	2022. Dr. MADÁCSY TAMARA
2006. Dr. SCHWAB RICHÁRD	2023. Dr. FÁBIÁN ANNA
2007. Dr. RAKONCZAY ZOLTÁN	2024. Dr. SZABÓ VIKTÓRIA
	2025. Dr. VARGA ÁRPÁD
	<b>2026. Dr. JÓJÁRT BOLDIZSÁR</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. BERÓ TAMÁS	2009
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1982	Dr. GÓGL ÁRPÁD	2009
Dr. MAGYAR IMRE	1983	Dr. KUPCSULIK PÉTER	2009
Dr. RUBÁNYI PÁL	1984	Dr. DALMI LAJOS	2009
Dr. PRÓNAY GÁBOR	1985	Dr. LAKATOS LÁSZLÓ	2010
Dr. JÁVOR TIBOR	1986	Dr. TAKÁCS TAMÁS	2010
Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1987	Dr. ALTORJAY ISTVÁN	2011
Dr. SZÉCSÉNY ANDOR	1987	Dr. SOLT JENŐ	2011
Dr. GÁTI TIBOR	1988	Dr. OROSZ PÉTER	2012
Dr. MÓZSIK GYULA	1989	Dr. TORNAI ISTVÁN	2012
Dr. KENDREY GÁBOR	1990	Dr. HUNYADY BÉLA	2013
Dr. FIGUS I. ALBERT	1991	Dr. PÁK GÁBOR	2013
Dr. LAPIS KÁROLY	1992	Dr. MOLNÁR TAMÁS	2014
Dr. BALÁZS MÁRTA	1993	Dr. TOPA LAJOS	2014
Dr. PAPP MIKLÓS	1993	Dr. GERVAIN JUDIT	2015
Dr. PREISICH PÉTER	1994	Dr. HEGYI PÉTER	2015
Dr. DOMJÁN LAJOS	1995	Dr. BENE LÁSZLÓ	2016
Dr. VARGA LÁSZLÓ	1995	Dr. VARGA GÁBOR	2016
Dr. KOVÁCS ÁGOTA	1996	Dr. SZÉKELY GYÖRGY	2017
Dr. TOÓTH ÉVA	1996	Dr. GARAMSZEGI MÁRIA	2018
Dr. BAJTAI ATTILA	1997	Dr. HARSÁNYI LÁSZLÓ	2018
Dr. SZALAY FERENC	1997	Dr. CZAKÓ LÁSZLÓ	2019
Dr. BALOGH ISTVÁN	1998	Dr. HERSZÉNYI LÁSZLÓ	2019
Dr. FEHÉR JÁNOS	1998	Dr. GYÖKERES TIBOR	2020
Dr. IHÁSZ MIHÁLY	1999	Dr. IZBÉKI FERENC	2020
Dr. SZEKENI ÁGNES	1999	Dr. SZEPES ATTILA	2020
Dr. BODÁNSZKY HEDVIG	2000	Dr. SZEPES ZOLTÁN	2021
Dr. FLAUTNER LAJOS	2000	Dr. VINCZE ÁRON	2021
Dr. PAPP JÁNOS	2001	Dr. RÁCZ ISTVÁN	2022
Dr. SIMON LÁSZLÓ	2001	Dr. NOVÁK JÁNOS	2022
Dr. TULASSAY ZSOLT	2002	Dr. KRISTÓF TÜNDE	2023
Dr. LONOVICS JÁNOS	2002	Dr. DEMETER PÁL	2023
Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	2003	Dr. MADÁCSY LÁSZLÓ	2024
Dr. JUHÁSZ LÁSZLÓ	2003	Dr. PALATKA KÁROLY	2024
Dr. KISS JÁNOS	2004	Dr. GURZÓ ZOLTÁN	2025
Dr. PÁR ALAJOS	2004	Dr. LAKATOS PÉTER LÁSZLÓ	2025
Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ	2004	<b>Dr. VARGA MÁRTA</b>	<b>2026</b>
Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2005	<b>Dr. SZEGEDI LÁSZLÓ</b>	<b>2026</b>
Dr. WITTMANN TIBOR	2005		
Dr. TÁRNOK FERENC	2006		
Dr. VÁRKONYI TIBOR	2006		
Dr. DÁVID KÁROLY	2006		
Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN	2007		
Dr. SCHAFF ZSUZSA	2007		
Dr. LÍBOR JÁNOS	2007		
Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER	2008		
Dr. NAGY FERENC	2008		

## A TÁRSASÁG "PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA"

EMLÉKÉRMÉVEL KITÜNTETETT KÜLFÖLDI GASZTROENTEROLÓGUSOK

FOREIGN GASTROENTEROLOGISTS AWARDED WITH

"PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA" MEDALLION

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

## Előadások és poszterek összefoglalói / Abstracts

## 1. AZ ANTI-INTEGRIN AVB6 ANTITEST SZÉRUMSZINTMÉRÉSÉNEK KLINIKAI JELENTŐSÉGE GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBEN

Angyal D.<sup>1</sup>, Balogh F.<sup>1,2</sup>, Gönczi L.<sup>1</sup>, Lontai L.<sup>1</sup>, Kósa J.<sup>1</sup>, Garam N.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>1,3</sup>, Iliás Á.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika; 2. Észak-pesti Centrumkórház – Honvédkórház, Gasztroenterológiai Osztály; 3. Division of Gastroenterology, McGill University, Montreal, Canada

**Introduction:** A Crohn-betegség (CD) és a colitis ulcerosa (UC) közötti differenciáldiagnózis az esetek egy részében nem egyértelmű, mely a nem meghatározott gyulladásos bélbetegség (IBD-U) diagnózisához vezethet. Adatok arra utalnak, hogy az integrin  $\alpha\beta6$  elleni IgG antitestek (V6 Ab) segíthetnek az UC-betegen azonosításában. Friss tanulmányok szerint a V6 Ab szérumszint mérése értékes lehet differenciáldiagnosztikai célokra.

**Aims:** A vizsgálat elsődleges célja az volt, hogy felmérjük a V6 Ab szérumszint mérésének szenzitivitását és specificitását saját IBD-populációban az igazolt diagnózisú colonicus vagy ileocolonicus lokalizációjú CD és UC elkülönítésében. Továbbá értékeltük a betegségjellemzők, az aktivitás és a V6 Ab szérumszintek közötti összefüggést UC-betegeken.

**Methods:** Egy tercier IBD-központban kontroll colonoscópián áteső, igazolt diagnózisú, konsekutívan bevont IBD-betegeket vizsgáltunk. Rögzítettük az alap demográfiai adatokat, a jelenlegi kezelést, a betegség kiterjedését, valamint a klinikai, biomarker-, endoszkópos és szövettani aktivitást. A V6 Ab szérumszinteket Anti-Integrin  $\alpha\beta6$  ELISA kittel (RUO) mértük. A betegek írásos beleegyezését beszereztük.

**Results:** Összesen 40 IBD-beteget vontunk be, köztük 10 CD- és 30 UC-beteget (15 klinikailag aktív és 15 klinikai remisszióban lévő). A V6 Ab szérumszintek szignifikánsan magasabbak voltak UC-betegeken, mint CD esetén ( $p = 0,039$ ). A ROC-analízis szerint az 1,33 U/mL volt a legjobb határérték ( $p = 0,04$ ; AUC: 0,71), 100%-os szenzitivitással és 50%-os specificitással, valamint 85,7%-os pozitív prediktív értékkel és 100%-os negatív prediktív értékkel az UC és CD elkülönítésére. UC-betegeken nem találtunk szignifikáns összefüggést a V6 Ab szérumszintek és a CRP ( $p = 0,057$ ), a széklet calprotectin ( $p = 0,77$ ), az endoszkópos aktivitás ( $p = 0,624$ ) vagy a betegség kiterjedése ( $p = 0,624$ ) között.

**Conclusion:** Vizsgálatunk alátámasztja a V6 Ab szérumszint mérésének értékét mint differenciáldiagnosztikai eszközt IBD-betegeken; ugyanakkor az optimális határérték meghatározása még további vizsgálatokat igényel. Adataink nem támasztják alá a módszer szerepét a betegség aktivitásának monitorozásában.

## 2. ÚJ LUMEN-NEURON TENGYEL IBS-BEN: ELTÉRŐ ENTERÁLIS NEURONAKTIVÁCIÓ IBS-D ÉS IBS-C ESETÉN

Annaházi A.<sup>1,2,3</sup>, Róka R.<sup>4</sup>, Inczei O.<sup>4</sup>, Bacsur P.<sup>4</sup>, Bajcsi D.<sup>5</sup>, Frieling T.<sup>6</sup>, Neunlist M.<sup>7</sup>, Cardaillac C.<sup>7</sup>, Theodorou V.<sup>8</sup>, Luksch H.<sup>3</sup>, Michel K.<sup>2</sup>, Schemann M.<sup>2</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Sejtbiológia és Molekuláris Medicina Tanszék; 2. Technische Universität München, Humánbiológia Tanszék, Freising, Németország; 3. Technische Universität München, Zoológia Tanszék, Freising, Németország; 4. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati

Klinika, Gasztroenterológiai Centrum; 5. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Nefrológia Centrum, Szeged; 6. Helios Klinikum Krefeld, Krefeld, Németország; 7. INSERM UMR913, CHU de Nantes-Institute des Maladies de l'Appareil Digestif, Nantes, Franciaország; 8. INRA UMR 1331 TOXALIM – Neuro-Gastroenterology & Nutrition, Toulouse, Franciaország

**Bevezetés:** Az irritábilis bél szindróma a lakosság kb. 12%-át érintő, összetett patogenezisű betegség. A tünetek kialakulásában a centrális tényezők mellett, mint a bélből érkező ingerek téves feldolgozása, a bél lumenében ható faktorok és az enterális idegrendszer szerepe is felmerül. Korábban kimutattuk, hogy hasmenés-domináns IBS-ben (IBS-D) szenvedő betegek széklet felülúszójában fokozott a szerin-proteáz aktivitás, mely proteáz aktivált receptorok (PAR) hasítása révén fokozott bélpermeabilitást és vizszerális fájdalmat válthat ki.

**Célkitűzés:** kutatásunk célja az volt, hogy megvizsgáljuk, hogyan befolyásolják IBS-D-ben és székrekedés-domináns IBS-ben (IBS-C) szenvedő betegek székletéből készített felülúszók az enterális idegsejtek aktivitását, valamint feltárjuk a proteázok szerepét ebben a folyamatban.

**Módszerek:** IBS-D és IBS-C betegek és egészséges kontrollok széklet felülúszóját tengerimalac colonból származó submucosus plexus neuronokra juttattuk, miközben az akciós potenciálokat multi-site optical recording technique (MSORT) segítségével regisztráltuk. A proteázok és PAR szerepét specifikus inhibitorok és antagonisták alkalmazásával teszteltük.

**Eredmények:** IBS-D és IBS-C betegektől származó széklet felülúszók szignifikánsan erősebb neuronális aktivációt váltottak ki az egészséges kontrollokhoz képest. Mind a szerin-proteáz inhibitor (FUT-175), mind a cisztein-proteáz inhibitor (E-64) jelentősen csökkentette az IBS-D betegek széklet felülúszóinak enterális neuronokra kifejtett aktiváló hatását, míg IBS-C széklet felülúszókra nem volt hatással. Ugyanez volt megfigyelhető proteáz-aktivált receptor-1 (PAR-1) antagonistá (SCH79797) alkalmazása esetén.

**Összefoglalás:** Ezek az eredmények egy korábban nem ismert lumen–neuron kommunikációs tengelyt tárnak fel IBS-ben, és alapvetően eltérő patomechanizmusokat jeleznek az IBS-D és az IBS-C között. Az IBS-D-re a proteázok és a PAR-1-függő neuronális aktiváció jellemző, míg az IBS-C esetében a mediátorok proteázfüggetlen útvonalakon keresztül hatnak. Ezek az eredmények funkcionális kapcsolatot teremtenek a széklet proteázaktivitása és az enterális idegrendszer (ENS) jelátvitel között, új terápiás lehetőségeket kínálva az IBS altípus-specifikus kezelésében.

## 3. FERTŐTLENÍTÉS AZ ENDOSZKÓPIÁN

Bacskainé Beluzsár A.<sup>1</sup>

1. Borsod - Abaúj - Zemplén Vármegyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház II. Belgyógyászat Gasztroenterológiai Szakrendelés

Az endoszkópos vizsgálatok száma évről évre növekszik akár az amerikai adatokat akár az európai adatokat tekintjük, de ez a tendencia a magyarországi endoszkópos tevékenységre is jellemző. Magyarországi adatok sajnos 2015 óta nem állnak rendelkezésre mert hivatalos statisztikai adatgyűjtés már nincs, csak a becslésekre tudunk támaszkodni.

Összességében azért elmondható, hogy az egyre bonyolultabb és invazívabb vizsgálatok növekedése jellemző, hiszen ma már szinte műtéti szintű beavatkozásokat végzünk. Ezekhez az eljárásokhoz szükség van a jól képzett endoszkópos asszisztensekre, akik a használt endoszkópokat a lehető leghatékonyabb módon teszik újrahasznosíthatóvá.

Ezt a regenerálási folyamatot több tényező befolyásolja, és ezek összehangolt együttműködése hozza létre a biztonságos betegellátás alapjait.

Előadásomban a legújabb nemzetközi ajánlásokat szeretném bemutatni, mint például az ESGENA ajánlását, amely az európai alapokat képezi, így hazánkban is ez az elsődleges irányelv. Kitekintünk az USA irányelveire és egy rendkívül jól összefoglalt tajvani ajánlás utasításait is áttekintjük.

Alapjait tekintve minden hatályos irányelv hasonló előírásokat tart fontosnak hiszen többnyire egyforma alapokat használnak, csak előtérbe helyezik a saját kulturális adottságaikat.

Minden irányelv hivatkozik a legnagyobb szervezetek ajánlásaira.

Ezeket tekintjük át, mert szeretnénk létrehozni egy Magyarországon készült, magyar elvárásoknak megfelelő hazai guideline-t, amely egy egységes iránymutatás lesz a magyarországi endoszkópos laborokban dolgozó asszisztensek számára.

#### 4. PLASMA METABOLITE FINGERPRINT IS ASSOCIATED WITH MICROBIOTA ALTERATIONS AND CHARACTERIZES INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Bacsur P.<sup>1</sup>, Endre G.<sup>2</sup>, Resál T.<sup>1,3</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Pápista M.<sup>1</sup>, Gálfalvi N.<sup>1</sup>, Koósz V.<sup>2</sup>, Bokor E.<sup>2</sup>, Tömösi F.<sup>2</sup>, Tóth E.<sup>2</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Fábrián A.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Goreity Á.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Thibodeau I.<sup>2</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. MP Health Ltd., Budapest, Hungary; 3. Department of Gastroenterology, North-Pest Central Hospital – Military Hospital, Budapest, Hungary

**Introduction:** Inflammatory bowel disease (IBD; ulcerative colitis [UC], Crohn's disease [CD]) is associated with profound alterations in the gut microbiome and host metabolism. However, multi-omics studies investigating microbiome–metabolome interactions remain limited.

**Aims:** We aimed to evaluate the utility of plasma metabolome and fecal microbiota profiling in patients with IBD.

**Methods:** IBD patients were enrolled in a dual-center cross-sectional study, and healthy controls (HC) were included to reduce methodological bias. Plasma metabolites were analyzed using high-performance liquid chromatography coupled with tandem mass spectrometry. Fecal microbiota composition was analyzed by whole-genome sequencing. To reduce dimensionality, aggregated disease-associated indicators were evaluated, including species richness, Shannon diversity, and functional microbial scores. Longitudinal fecal samples were collected every two weeks at five time points in seven patients. Differences between group means were expressed as standardized effect sizes (Cohen's d).

**Results:** The plasma metabolome profiles of 86 patients with IBD (42 UC, 56 male; median age 42.6 years [IQR 33–48]) and 168 healthy controls (77 male; median age 31 years [IQR 27–38]) were analyzed, and 388 metabolites were measured. Longitudinal microbiota analysis showed a decrease in urease-producing microbial species over time

( $p=0.034$ ;  $R=-0.359$ ), suggesting microbiome recovery during treatment. Cross-sectional analysis demonstrated reduced species richness ( $d=-1.03$ ) and increased abundance of pathobionts, including *E. coli* ( $d=0.75$ ), in IBD. Increased lactate dehydrogenase-related metabolic activity ( $d=1.41$ ) and enrichment of glycolysis, gluconeogenesis, and pyruvate metabolism pathways ( $d=0.51$ ) were observed. IBD was also associated with an increased kynurenine-to-tryptophan ratio ( $d=0.78$ ), altered tryptophan metabolism ( $d=0.67$ ), impaired  $\beta$ -oxidation ( $d=0.98$ ), and reduced branched-chain amino acid metabolism ( $d=-0.58$ ). Integration of microbiome and metabolome data revealed strong correlations between microbial richness and metabolic indicators including LDH activity, secondary bile acid metabolism, and glutamate metabolism.

**Conclusion:** Our results highlight coordinated alterations in microbiome composition and host metabolic pathways in IBD. Despite the limited sample size, microbiome–metabolome interactions may represent potential biomarkers of disease. Strong correlations between the microbiota and plasma metabolome suggest that stool metabolite measurements may not be necessary.

#### 5. IN VITRO AND IN VIVO CHARACTERIZATION OF NANOZYMES WITH THERAPEUTIC POTENTIAL IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Bakné Drubi A.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem

**Introduction:** Oxidative stress and the overproduction of reactive oxygen species (ROS) play a key role in the pathogenesis of inflammatory bowel diseases (IBD). Nanozymes, as nanostructures with enzyme-like functionality, offer a promising novel approach to restore redox balance and alleviate inflammation. Conventional therapies often fail to provide sufficient efficacy and may be associated with significant side effects. Therefore, there is an increasing demand for innovative and targeted therapeutic strategies that can effectively modulate key steps of disease pathogenesis.

**Objective:** The aim of this study was to evaluate the biological effects of various nanozyme systems, their functionalized derivatives, and their combinations, and to identify the most promising candidates.

**Methods:** Different nanozyme platforms ( $\text{CeO}_2$ , LDH, Prussian Blue, zeolite) and their modified forms were investigated, functionalized with polyelectrolytes and various functional groups. In vitro experiments were performed on HeLa cells to assess cytotoxicity using the CellTiter-Glo (CTG) assay and to measure intracellular ROS levels using fluorescence-based detection. In vivo efficacy was evaluated in a DSS-induced colitis model using C57BL/6 mice, examining base nanozymes, their functionalized variants, and selected combinations.

**Results:** In vitro results indicated ROS-scavenging activity for selected nanozyme systems based on preliminary fluorescence measurements. Consistent trends were observed in complementary cell-free enzyme-mimetic assays (e.g., HRP-like activity), supporting their catalytic functionality, while detailed cellular validation remains in progress. ¶ In vitro cytotoxicity assessment was performed at 50, 20, 10, and 5 mg/L concentrations using the CTG assay. Viability results were categorized as non-toxic (>90%), mildly toxic (75–90%), moderately toxic (50–75%), and strongly toxic (<50%).  $\text{CeO}_2$ -, Prussian Blue-, and LDH-based nanozymes exhibited predominantly mild to moderate cytotoxicity even at the highest concentration (50 mg/L), whereas zeolite-based systems and their functionalized

derivatives showed increased toxicity, reaching moderate toxicity at lower concentrations and strong cytotoxicity at 50 mg/L. These findings will support dose optimization in subsequent in vivo studies.

In vivo evaluation of CeO<sub>2</sub>, Prussian Blue, and LDH base nanozymes in a DSS-induced colitis model demonstrated a measurable attenuation of acute inflammatory symptoms. Nanozyme-treated groups showed reduced or absent body weight loss, decreased splenomegaly, and less pronounced colon shortening compared to untreated controls. Furthermore, the composite disease activity index—calculated based on weight loss, stool consistency, and rectal bleeding—was consistently reduced following nanozyme treatment, indicating an overall improvement in disease severity.

In vitro results demonstrated that several functionalized nanozyme systems exhibited significant ROS-scavenging activity with low cytotoxicity. In vivo studies showed that multiple formulated nanozymes and their combinations led to an improvement in clinical symptoms and a reduction in disease activity index, supporting their anti-inflammatory and antioxidant effects.

**Conclusion:** Our findings indicate that rationally designed nanozyme systems can effectively modulate oxidative stress in IBD. Comparative evaluation of base and functionalized nanozymes, as well as their combinations, enables the identification and optimization of the most promising candidates, thereby supporting their further development toward potential clinical (human) applications.

## 6. PEPTIDRECEPTOR-RADIONUKLID TERÁPIA HATÉKONYSÁGA GASTROENTERO-PANCREATICUS NEUROENDOKRIN TUMOROKBAN

Bank V.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>, Gieszinger G.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Kormányos E.<sup>1</sup>, Tajti M.<sup>1</sup>, Sipka G.<sup>2</sup>, Terzin V.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum; 2. Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar Nukleáris Medicina Intézet és Teranosztikus Központ

**Introduction:** A <sup>177</sup>Lu-DOTATATE kezelés peptidreceptor-radionuklid terápia (PRRT) mechanizmusán alapuló irrezekábilis, metasztatikus, G1–G2, gastroentero-pancreaticus neuroendokrin tumorok (GEP-NET) terápiájában általában másod-, harmadvonalon alkalmazott modern kezelési lehetőség, ami 2022. júniusa óta Szegeden is elérhető. **Aims:** Vizsgálatunk célja a <sup>177</sup>Lu-DOTATATE kezelés hatékonyságának és biztonságosságának értékelése előrehaladott, szomatosztatinreceptor-pozitív GEP-NET betegekben.

**Methods:** Retrospektív vizsgálatunkban 25 G1-G2, előrehaladott, szomatosztatinreceptor expresszáló GEP-NET beteg (17 nő, 8 férfi, 67,2 ± 10,5 év) adatait elemeztük, akik a Szegedi Tudományegyetem (SZTE) Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar Nukleáris Medicina Intézetében 28 alkalommal részesültek a 4 ciklusból álló <sup>177</sup>Lu-DOTATATE -kezelésben. Minden kezeléssorozat esetében a terápiás választ az utolsó ciklust követően szomatosztatinreceptor-SPECT/CT (SSTR-SPECT/CT)-vel vizsgáltuk. A hat hónapos kontrollvizsgálat 18 esetben, a tizenkét hónapos pedig 16 esetben volt értékelhető.

**Results:** A primer tumor szervi megoszlása: hasnyálmirigy (12), vastagbél (6), vékonybél (6), máj (1). A 4. ciklusvégi felvételek alapján 1 (3,57%) komplett remisszió (CR), 17 (60,71%) parciális remisszió (PR), 9 (32,14%) stabil betegség (SD), és 1 (3,57%) progresszió (PD) volt megfigyelhető. A 6 hónapos kontrollnál 1 (5,56%) CR, 11

(61,11%) PR, 6 (33,33%) SD, PD nem fordult elő. A 12 hónapos kontroll során 1 (6,25%) CR, 2 (12,5%) PR, 7 (43,75%) SD, és 6 (37,5%) PD volt megfigyelhető. Mellékhatások 4 betegnél (16%) jelentkeztek grade 3 thrombocytopenia, hasmenés, orrvérzés, izomfájdalom, légszomj, vizsketés és hajhullás formájában.

**Conclusion:** A vizsgált előrehaladott betegcsoportban a terápia magas válaszarányt mutatott. Eredményeink alapján a <sup>177</sup>Lu-DOTATATE -kezelés hatékony, jól tolerálható és biztonságos terápiás lehetőség a GEP-NET-ek kezelésében, mely önmagában vagy más célzott kezelésekkel kombinálva növelheti a túlélési esélyeket. A jövőben a <sup>177</sup>Lu-DOTATATE -kezelés akár korábbi terápiás vonalban is megfontolható.

## 7. THE ROLE OF FAMILY HISTORY IN COLORECTAL SCREENING: FROM A UNIFORM PROTOCOL TO PERSONALIZED PREVENTION

Binnyeiné Sallai E.<sup>1</sup>, Harisi R.<sup>1</sup>

1. Semmelweis University, Faculty of Health Sciences, MSc

**Introduction:** Colorectal cancer (CRC) is a leading cause of death in Hungary. The current National Colorectal Screening Program applies a uniform, age-based model that does not adequately address individuals at high genetic risk.

**Aims:** The aim of our study was to investigate the role of family history as a risk factor in the effectiveness of screening and to develop a personalized, risk-based screening model.

**Methods:** A retrospective, quantitative study was conducted by analyzing data from 74 patients (aged 40-75) who underwent screening colonoscopy at the Endoscopy Laboratory of the Hungarian Defence Forces Medical Centre in 2024. We examined the positivity and detail of family history (age of relative, localization, histology) and the severity of endoscopic findings.

**Results:** Patients with a positive family history (n=57) had a significantly higher incidence of endoscopically removable lesions (59.6% vs. 35.3%) and lesions requiring surgical intervention (19.3% vs. 5.9%) compared to those with a negative history (n=17). Among patients with a detailed family history (n=18), 55.6% showed concordance in the localization and/or type of lesion between the affected relative and the examined individual.

**Conclusion:** Family history is one of the strongest risk factors for CRC, and its detailed exploration is essential for effective screening. We propose the introduction of a three-step, personalized screening model based on structured family history collection, an algorithm using four risk categories, and the application of targeted endoscopic techniques. This model is expected to improve early detection, optimize costs, and increase patient compliance, assigning a key role to Advanced Practice Nurses (APNs) in the process.

## 8. RITKA BETEGSÉG ÁLTAL OKOZOTT HEPATOPATHIA ESETE.

Birtalan K.<sup>1</sup>, Schuller J.<sup>1</sup>, Mohai C.<sup>2</sup>, Zsargó E.<sup>2</sup>, Taller A.<sup>1</sup>

1. Budapesti Uzsoki utcai Kórház, II-es Belgyógyászati Osztály; 2. XVI. kerületi Kertvárosi Egészségügyi Szolgálat

**Bevezetés.** A MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) családi halmozódást mutató monogénes diabetes. A HNF1B mutáció (MODY 5) a diabetesen túl hepatitist, vese cisztákat, nephropátiát és urogenitális anomáliákat okozhat. Krónikus hepatitis mögött álló HNF1B mutációval rendelkező betegünk esetét mutatjuk be.

**Esetismertetés.** 37 éves, átlagos mentális és fizikai állapotú férfinél 2020-ban 1-es típusú diabetes mellitust diagnosztizáltak és inzulin kezelését megkezdték. Új

diabetológusa emelkedett parenchymás májenzimeket észlelt, mely már évek óta ismert volt, de kivizsgálásra nem került. Etiológia tisztázására tovább küldte ambulanciánkra. Vírushepatitist (A, B, C, E), autoimmun hepatitist (ANA/ENA, SMA, AMA, ANCA, LKM) és anyagcsere betegségeket (vas, ferritin, cöruoplazmin, alpha-1 antitrypsine) kizártuk. A hasi ultrahang a vesékben csupán néhány kis (4–9 mm) corticalis cisztát igazolt. Fibroscan alapján zsírmáj vagy májfibrózis sem volt kimutatható. Differenciál diagnosztikai okból májbiopsziát végeztünk, de érdemi eltérést nem találtunk. A beteg apai ágán mindenki cukorbeteg és májbeteg volt, kivizsgálásra nem kerültek és mindenki 50 éves koruk előtt elhunyt. A családi anamnézis ismeretében, MODY klinikai gyanújával genetikai vizsgálatot végeztünk, mely a 17-es kromoszómán heterozigóta HNF1B (Hepatic Nuclear Factor 1B) mutációt igazolt, így MODY 5 diagnózisa került felállításra.

**MODY.** A MODY mind 1-es és 2-es típusú diabetes jellemzőit mutathatja. A betegség fiatal életkorban indul (25 éves kor előtt), normál testalkatú egyénekre jellemző, mely az 1-es típusú diabetes jellemzője. Az alacsony inzulinigény, a diabetes autoantitestek és ketoacidosis hiánya miatt 2-es típusú diabetesként is gondolhatják. A MODY 5 előfordulási gyakorisága régióként változó, általában az összes MODY eset kevesebb mint 10 %-át teszik ki. A MODY 5-tel összefüggő hepatopathia vagy hepatitis patofiziológiája ismeretlen, mert az erre vonatkozó adatok jelenleg nagyon korlátozottak. Egyes publikációk szerint a MODY 5 hozzájárulhat a MASLD kialakulásához, de pontos mechanizmusa még továbbra sem ismert. Jelenleg nem ismertek specifikus máj szövettani eltérések, melyek egyértelműen az HNF1B mutációhoz vagy a MODY-hoz köthetők.

**Következtetések.** MODY esetén nemcsak MASLD állhat a májenzimeltérések hátterében, hanem ritka, genetikai eltérés okozta májkárosodás is, amely a MASLD-tól akár eltérő gondozást, betegkövetést igényelhet.

## 9. LONGITUDINAL CLINICAL CHARACTERISTICS OF A MISFOLDING-CAUSING MUTATION (PRSS1 P.L104P) ASSOCIATED HEREDITARY PANCREATITIS

Bokor B.<sup>1,8</sup>, Váncsa S.<sup>2,3</sup>, Patai Á.<sup>4</sup>, Hegyi P.<sup>2,3,5,6</sup>, Németh B.<sup>7,8</sup>

1. Department of Medical Genetics, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. Institute for Translational Medicine & Department of Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 7. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 8. Hungarian Centre of Excellence for Molecular Medicine University of Szeged, Translational Pancreatology Research Group, Szeged, Hungary

**Introduction:** Misfolding-induced hereditary pancreatitis is an extremely rare clinical condition. Accordingly, very little is known about its clinical characteristics and natural disease course. It is known that mutation c.311T>C (p.L104P) of the human cationic trypsinogen gene (*PRSS1*) causes protein misfolding and consequent endoplasmic reticulum stress independently from trypsinogen activation. We know only a

few cases of hereditary pancreatitis caused by this variant, but none of the families were clinically characterized in detail.

**Aims:** We aimed to fill this gap by presenting the longitudinal follow-up of a Hungarian family carrying the *PRSS1* p.L104P variant originally characterized in a cross-sectional study from 2017.

**Methods:** The index patient was recruited and the clinical data and blood sample were collected from the chronic pancreatitis registry and biobank of the Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG). Family members of the index patient were recruited after genetic confirmation of the presence of p.L104P heterozygous variant in the *PRSS1* gene in the index patient. Clinical data of the index patient and family members were collected longitudinally and stored in the chronic pancreatitis registry of the HPSG. Blood or saliva samples were stored and obtained from the biobank of the HPSG. Genomic DNA from peripheral blood or buccal saliva were collected, amplified with conventional PCR and sequenced with Sanger method. All family members or their legal guardian (in case of family members under the age of 18 years) gave informed consent to the data collection and genetic analysis.

**Results:** Six out of nine family members (66,7%) of the *PRSS1* p.L104P carriers had chronic pancreatitis. The disease onset was highly variable (from 5 to 36 years of age). At the time of clinical diagnosis of chronic pancreatitis we found severe structural and exocrine functional impairment of the pancreas in all cases regardless of the disease onset. Diabetes mellitus was developed only in 2 patients with later age of onset (37 and 46 years of age). None of the patients developed pancreatic cancer.

**Conclusion:** The pathogenic, misfolding-causing *PRSS1* p.L104P variant is a causative genetic variant for hereditary chronic pancreatitis, that follows an autosomal dominant inheritance with an incomplete but high penetrance and a variable age-of-onset compared to other *PRSS1* variants causing increased intrapancreatic activity of the trypsinogen.

## 10. ACUT CHOLECYSTITISBEN VÉGZETT TRANSPAPILLARIS CHOLECYSTA DRAINAGE

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

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

**Bevezetés:** A 2018-as tokiói irányelv alapján acut cholecystitis esetén a laparoscopos cholecystectomy az elsődleges terápiás megoldás. Régióinkban a betegek nagyjából 20%-ánál kerül sor urgens cholecystectomiára. A betegek túlnyomó többsége konzervatív terápiára ugyan javul, de azt követően is számolni kell a halasztott műtéti fellépő recidív gyulladással. A tokiói irányelv alapján grade II és III cholecystitis, illetve műtétre nem alkalmas betegek esetén az epehólyag drainage-a javasolt, mely történhet invazív radiológusok által percutan transhepaticus epehólyag drainage-ként (PTGBD), endoszkópos módon pedig transpapillaris epehólyag drainage (TPGBD) vagy endoszkópos ultrahang vezérelte epehólyag drainage (EUS-GBD) elvégzésére van mód.

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

betegek kizárása kerültek jelen elemzésből, akiknél cholecholelithiasis miatt mindenképpen sor került ERCP elvégzésére. Másodlagos célunk volt a sikeres TPGBD-n átesett betegek hospitalizációs idejének összevetése a grade II/III cholecystitis miatt percutan drainage-on átesett betegekével.

**Eredmények:** 30 akut cholecystitissel diagnosztizált beteg esetén került sor TPGBD-re, az átlagéletkoruk 63,87 év volt, a betegek 66,67%-a nő volt. Megelőzően ismert volt epekövesség 46,67%-uknál, korábbi cholecystitis miatt kórházi kezelés történt 16,67%-uknál, míg korábban percutan drainage-re a betegek 6,67%-a szorult. TPGBD-re a betegek 93%-ánál grade II cholecystitis miatt került sor. Technikailag sikeres TPGBD az esetek 63,33%-ában történt (N=19), a technikailag sikertelen esetekben 3 betegnél történt PTGBD, míg a többi 8-nál konzervatív kezelést folytattunk. A technikailag sikeresen TPGBD-n átesett csoportban egy betegnél vált szükségessé PTGBD a nem javuló grade III cholecystitis és a súlyos társbetegségek miatt. Az utánkötés során 5 betegnél alakult ki cholelithiasissal összefüggő, sürgősségi ellátást és esetlegesen hospitalizációt igénylő panasz. 12 betegnél átlagosan 12 hét elteltével került sor a cholecystectomyra. A sikeres TPGBD-n (N=19) átesett csoportot az ez időszakban sikeres PTGBD-n (N=22) átesett betegekkel összevetve azt tapasztaltuk, hogy az előbbi csoportban kevesebb volt a drainage-t követően az átlagos hospitalizációs idő (6,79 vs 12,05 nap), kevesebb betegnél lépett fel ismételt drainage igény vagy recidív cholecystitis (4 vs 6 beteg.), illetve akut cholecystectomya is kevesebb esetben történt (0 vs 3 beteg). **Konklúzió:** Eredményeink alapján a TPGBD biztonságos és hatékony drainage lehetőség akut cholecystitisben azon betegek számára, akiknél az akut műtét nem kivitelezhető. A módszer rövidebb hospitalizációs idővel és kedvező klinikai kimenetekkel járhat a percutan drainage-hez képest. A vizsgálat kiterjesztése és nagyobb esetszámú prospektív tanulmány szükséges az eredmények megerősítésére.

## 11. AZ ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG ÉS VÉKONYTŰ-BIOPSZIA SZEREPE A VILÁGOS SEJTÉS VESEDAGANATOK HASNYÁLMIRIGYÁTÉTÉNEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN.

Crai S.<sup>1</sup>, Gurzó Z.<sup>2</sup>, Poczik S.<sup>3</sup>, Horváth I.<sup>3</sup>, Técsi E.<sup>4</sup>, Erdélyi T.<sup>5</sup>, Novák J.<sup>1</sup>

1. Békés Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház Gyula, I. Gasztroenterológia; 2. Békés Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház Gyula, Endoszkópos Labor; 3. Békés Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház Gyula, Patológia; 4. Békés Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház Gyula, Radiológia; 5. Békés Vármegyei Központi Kórház, Réthy Pál Tagkórház Békéscsaba, Radiológia

**Introduction:** Clear cell renal cell carcinoma (ccRCC), also known as Grawitz tumour, represents the most common malignant neoplasm of the kidney in adults. Pancreatic metastasis from ccRCC is relatively uncommon, accounting for only 2–5% of all pancreatic tumours. Endoscopic ultrasound (EUS)-guided fine-needle aspiration or biopsy (FNA/FNB) provides a highly accurate, minimally invasive diagnostic approach for detecting pancreatic neoplasms and metastatic lesions.

**Methods:** We report two cases of pancreatic metastasis originating from ccRCC diagnosed by EUS-guided FNB in our department. The first patient underwent right nephrectomy in 2010 (approximately 14 years prior to diagnosis of metastasis), and the second in 2020 (approximately 5 years prior).

**Conclusion:** These cases highlight the potential for late pancreatic recurrence of ccRCC and emphasize the diagnostic value of EUS-guided tissue sampling in such scenarios.

## 12. NCLX REGULATES MITOCHONDRIAL CA<sup>2+</sup> HOMEOSTASIS AND PROTECTS PANCREATIC ACINAR CELLS IN EXPERIMENTAL ACUTE PANCREATITIS

Csákány-Papp N.<sup>1,2</sup>, Madácsy T.<sup>1,2</sup>, Tél B.<sup>3</sup>, Kiss A.<sup>1,2</sup>, Farkas A.<sup>4</sup>, Ayaydin F.<sup>4</sup>, Juhász L.<sup>5</sup>, Barta B.<sup>6</sup>, Pallagi P.<sup>1,2</sup>, Maléth J.<sup>1,2</sup>

1. Department of Medicine, University of Szeged; 2. ELKH-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged; 3. First Department of Pediatrics, Semmelweis University; 4. HCEMM-USZ Functional Cell Biology and Immunology Advanced Core Facility, University of Szeged; 5. Institute of Surgical Research, Faculty of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 6. Department of Physiology, Anatomy and Neuroscience, Faculty of Science and Informatics, University of Szeged

**Introduction:** Mitochondrial Ca<sup>2+</sup> homeostasis is essential for the regulation of cellular bioenergetics, Ca<sup>2+</sup> signaling, and cell fate. Under physiological conditions, mitochondria accumulate Ca<sup>2+</sup> through the mitochondrial Ca<sup>2+</sup> uniporter (MCU), while Ca<sup>2+</sup> extrusion is mediated by the mitochondrial Na<sup>+</sup>/Ca<sup>2+</sup> exchanger (NCLX). The balance between these processes prevents sustained mitochondrial Ca<sup>2+</sup> overload, a key early event in the pathogenesis of acute pancreatitis (AP). Previous studies showed that MCU inhibition failed to prevent pancreatic injury, suggesting that other mechanisms, particularly NCLX-dependent Ca<sup>2+</sup> extrusion, may critically regulate mitochondrial Ca<sup>2+</sup> homeostasis.

**Aims:** We aimed to clarify the role of NCLX in pancreatic acinar cell (PAC) injury during AP.

**Methods:** Pancreatic acinar cells were isolated from C57BL/6 mice. The presence of NCLX was verified by immunohistochemistry. Its role under physiological and pathological conditions was examined using fluorescent mitochondrial Ca<sup>2+</sup> measurements, mitochondrial membrane potential ( $\Delta\Psi_m$ ) assessment, transmission electron microscopy, high-resolution respirometry, and cell fate analysis. Experimental AP was induced by ten hourly cerulein injections, two intraperitoneal injections of an ethanol/fatty acid mixture, or by 4% sodium taurocholate (NaTC). The selective NCLX inhibitor CGP37157 was administered after AP induction.

**Results:** Both NCLX and MCU were detected in pancreatic acinar cells. 10  $\mu$ M CGP37157 treatment inhibited mitochondrial Ca<sup>2+</sup> extrusion in carbachol-stimulated pancreatic acinar cells. Importantly, CGP37157 prevented sustained mitochondrial Ca<sup>2+</sup> elevation, mitochondrial membrane depolarization, and acinar cell death induced by chenodeoxycholate (CDC) or ethanol/palmitic acid (EtOH+PA). Electron microscopy revealed ER dilation and mitochondrial swelling after toxin exposure, consistent with Ca<sup>2+</sup> overload-mediated injury, whereas CGP37157 largely preserved organelle integrity. CDC or EtOH+PA markedly impaired mitochondrial respiration, while NCLX inhibition preserved oxidative phosphorylation efficiency and respiratory reserve capacity. *In vivo* post-treatment with CGP37157 significantly reduced serum amylase levels and histological severity in cerulein-, NaTC-, and alcohol-induced AP.

**Conclusion:** These findings identify NCLX as a key regulator of mitochondrial Ca<sup>2+</sup> homeostasis in pancreatic

acinar cells and suggest that targeting mitochondrial  $\text{Ca}^{2+}$  extrusion may represent a promising therapeutic strategy in acute pancreatitis.

### 13. CLINICAL DETERMINANTS AND LONGITUDINAL DYNAMICS OF CA19-9 ELEVATION IN NON-MALIGNANT PATIENTS

Czakó B.<sup>1</sup>, Mohácsi G.<sup>1</sup>, Gieszinger G.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Tajti M.<sup>1</sup>, Viktória T.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>

1. Department of Internal Medicine, University of Szeged

**Introduction:** Carbohydrate antigen 19-9 (CA19-9) is widely used as a tumor marker in pancreaticobiliary malignancies however, elevated levels are frequently observed in non-malignant conditions. Understanding the determinants and clinical significance of CA19-9 elevation in patients without cancer remains a critical challenge in clinical practice.

**Aims:** To identify clinical and laboratory factors associated with elevated CA19-9 levels in patients without malignant disease and to evaluate the behavior of CA19-9 during longitudinal follow-up.

**Methods:** This was a retrospective cohort study. Patients with elevated CA 19-9 level ( $>27$  U/mL) but without malignancy were enrolled in our medical database between January 1 and January 31, 2018, and were subsequently followed up until December 2024. Univariable and multivariable logistic regression models were used to identify predictors of CA19-9 elevation. Additionally, CA19-9 was analyzed as a continuous variable using linear regression after log transformation. For longitudinal analysis repeated CA19-9 measurements were included, and generalized estimating equation (GEE) models were applied to account for within-patient correlations.

**Results:** 60 patients had elevated Ca 19-9 level, 40 of them without malignancy. The median CA19-9 level was 42.0 U/mL (IQR: 31.9–79.4 U/mL). No malignancy was detected in patients with elevated CA 19-9 during the follow-up. In univariable analysis, diabetes mellitus, obesity, liver enzymes: ALT (alanine aminotransferase); AST (aspartate aminotransferase), inflammatory markers: ESR (erythrocyte sedimentation), white blood cell count and HbA1c were significantly associated with CA19-9 elevation. In the multivariable model, diabetes mellitus (aOR 8.44 [adjusted odds ratio],  $p < 0.001$ ), male sex (aOR 4.34,  $p < 0.001$ ), and ALT (aOR 1.04,  $p = 0.005$ ) remained independent predictors. Linear regression analysis confirmed that diabetes, male sex, and ALT were associated with higher log-transformed CA19-9 levels. During follow-up, the median change between the last and first CA19-9 measurement was 634 U/mL (IQR: 245–1023 U/mL). However, no statistically significant difference was observed between baseline and final CA19-9 values. In longitudinal analysis ( $n = 40$  patients; 99 measurements), the associations remained consistent, with diabetes, male sex, and ALT significantly associated with elevated CA19-9 levels.

**Conclusion:** Diabetes mellitus, male sex and elevated ALT are the strongest determinants of CA19-9 elevation in patients without malignancy. Despite considerable intra-individual variability during follow-up, no significant overall change in CA19-9 levels was observed, highlighting the dynamic yet non-specific nature of this biomarker. These findings highlight the need for cautious interpretation of slightly elevated CA19-9 with negative imaging studies of the pancreas in clinical practice.

### 14. ESOPHAGEAL INTRALUMINAL IMPEDANCE (EII) MEASUREMENT MAY HELP TO DETERMINE THE DISEASE ACTIVITY AND THERAPEUTIC EFFICACY IN PATIENTS WITH EOSINOPHILIC ESOPHAGITIS (EOE).

Czikk T.<sup>1</sup>, Cseszkó N.<sup>1</sup>, Ollé G.<sup>1</sup>, Helle K.<sup>1</sup>, Vadászi K.<sup>1</sup>, Inczei O.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>

1. Center of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, University of Szeged

**Background:** Eosinophilic esophagitis is known as an esophageal disorder of the modern age. Despite its rapidly increasing prevalence, it is still relatively unknown and underdiagnosed. Its management is also difficult due to the absence of less invasive markers than endoscopy and histology to obtain information on the disease's activity and therapeutic efficacy. The measurement of EII is generally used in the differential diagnosis of patients with suspected reflux disease and it has been shown to be low in subjects with EOE. However, it is not known whether EII correlates or not with the activity of EOE.

Therefore, we **aimed** to test the value of EII in the establishment of disease activity and therapeutic efficacy in patients with EOE.

**Patients, methods:** Twenty-two patients (M/F: 20/2, mean age 39.5 (22-80) years) with EOE were submitted to esophageal function tests including 24h EII measurement due to the association of reflux related symptoms to their dysphagia. Five of them had EII both at baseline and after therapy (budesonide 1mg o.d.). Endoscopy and esophageal histology were performed to establish the intramucosal eosinophilic leukocyte number. Serum absolute eosinophilic leukocyte count were also measured and the symptoms were assessed by the DSQ 4.0 questionnaire.

**Results:** The EII values showed a good negative correlation with the intraepithelial eosinophilic leukocyte number ( $r = -0.781$ ,  $p < 0.001$ ) in patients with EOE. Moreover, in patients with baseline and post therapy measurements the changes reflected the effectiveness of the therapy in each esophageal segment. The absolute numbers of eosinophilic leukocytes in the blood were also followed this pattern ( $0.58 \pm 0.15$  vs.  $0.37 \pm 0.15$ ,  $p < 0.01$ ).

**Conclusions:** The measurement of EII can be a useful additional test to establish disease activity and therapeutic efficacy in patients with EOE. Furthermore, we confirmed that in patients with dysphagia low EII values may suggest undiagnosed EOE.

### 15. ARTEFICIAL INTELLIGENCE AIDED EVALUATION OF CAPSULE ENDOSCOPY RECORDINGS IS NOT YET READY TO SUBSTITUTE EXPERT GASTROENTEROLOGISTS. SINGLE CENTER REAL LIFE STUDY.

Czikk T.<sup>1</sup>, Cseszkó N.<sup>1</sup>, Ollé G.<sup>1</sup>, Helle K.<sup>1</sup>, Inczei O.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Vadászi K.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Halász R.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Fábrián A.<sup>1</sup>, Szántó F.<sup>1</sup>, Tóth É.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>

1. Center of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, University of Szeged

**Background:** Capsule endoscopy is a valuable diagnostic tool in patients with either obscure gastrointestinal bleeding (OGIB) or suspected Crohn's disease (CD), however, the evaluation of the recorded videos is time consuming. Furthermore, even significant lesions may be present on one single slide, which underlines the importance of accurate reading. Therefore, artificial intelligence assisted reading seems to be promising to decrease the evaluation time and increase diagnostic accuracy.

Therefore, we aimed to evaluate the diagnostic value of a recently developed artificial intelligence assisted reading system in consecutive patients submitted to capsule endoscopy for either OGIB or CD.

**Patients, methods:** Fifty consecutive patients (M/F: 24/26, mean age: 60 (20-87) years) were submitted to small bowel capsule endoscopy (Medtronic SB3). The recorded video files were read by an expert gastroenterologist. This was followed by the reading with "TOP100" function of the recorder's software, which was developed to recognize potential abnormalities. This feature is designed to pick up the 100 most suspicious slides for abnormalities from the whole video.

**Results:** Complete agreement between gastroenterologists and the TOP100 function was observed in only 27/50 patients (54%), while partial agreement was present in further 17/50 patients (34%). All subjects diagnosed negative by the gastroenterologists were negative by the TOP100 as well. In contrast, TOP100 provided false negative result in 6/50 (12%), and failed to identify the culprit lesion in further 9/50 (18%) patients resulting cumulative insufficient diagnosis in 15/50 (30%) of the cases. TOP100 missed abnormalities in the small bowel in 8/50 (16%) patients and further esophageal, gastric, and colonic lesions in 1 (2%), 8 (16%), and 3 (6%) patients respectively.

**Conclusion:** Although the results of TOP100 function can be obtained immediately after uploading the recorded data, it can not replace the gastroenterologist at this moment and seems to be suitable for confirmatory purposes.

#### 16. AZ ENDOKANNABINOID RENDSZER SZEREPÉNEK VIZSGÁLATA INDOMETACIN-INDUKÁLT ENTEROPÁTIÁBAN EGÉRMODELLBEN

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

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

**Introduction:** A nem-szteroid gyulladáscsökkentők (NSAID-ok) tartós alkalmazása gyakran a disztális vékonybél károsodásához vezet, amelynek jelenleg nem áll rendelkezésre hatékony terápiája. Az endokannabinoid rendszer (ECS) kulcsszerepet játszik a gasztrointesztinális homeosztázis fenntartásában. Korábbi vizsgálatainkban kimutattuk, hogy a két fő endokannabinoid, az anandamid (AEA) és a 2-arachidonoil-glicerol (2-AG) szintjének növelése mérsékelte az NSAID-ok okozta gyomorkárosodást. Ugyanakkor az AEA lebontását gátló URB597 nem csökkentette az NSAID-indukált enteropátia súlyosságát.

**Aims:** Vizsgálatunk célja annak meghatározása volt, hogy a monoacilglicerol-lipáz (MAGL) – a 2-AG lebontásában kulcsszerepet játszó enzim – gátlása, illetve az AEA közvetlen adagolása képes-e csökkenteni az indometacin (IND) által kiváltott enteropátia mértékét egerekben.

**Methods:** C57BL/6 egereket egyszeri nagy dózisu IND-del (30 mg/kg p.o.) vagy annak vehikulárával (1% hidroxietilcellulóz) kezeltünk. Az első kísérletben az állatok JZL184-et (4 vagy 16 mg/kg p.o.) vagy annak oldószerét kapták, míg a második kísérletben AEA-t (1 vagy 10 mg/kg p.o.) alkalmaztunk, összesen három alkalommal. Az IND-kezelést követően 24 órával az állatokat termináltuk, majd meghatároztuk a vékonybél hosszát, a gyulladáscsökkentő mediátorok és a tight junction (TJ) fehérjék szöveti szintjét, valamint LC-MS módszerrel az AEA és a 2-AG koncentrációját.

**Results:** A JZL184-kezelés a várakozásoknak megfelelően szignifikánsan növelte a 2-AG szintjét a vékonybélben, azonban nem befolyásolta az enteropátia súlyosságát. Ezzel szemben az AEA-kezelés szignifikánsan csökkentette a gyulladáscsökkentő mediátorok (COX-2, MPO, IL-1 $\beta$ ) szöveti szintjét az enteropátiás állatokban.

**Conclusion:** Eredményeink arra utalnak, hogy az endokannabinoidok lebontását gátló vegyületek nem képesek mérsékelni az NSAID-indukált enteropátiát. Az AEA közvetlen adagolása ugyanakkor jelentősen csökkenti a szöveti gyulladást, így ígéretes terápiás megközelítést jelenthet az enteropátia kezelésében. A metabolizmust gátló szerek hatástalanságának mechanizmusának tisztázásához további vizsgálatok szükségesek. ¶ ¶

#### 17. THE RELATIONSHIP BETWEEN PHASE ANGLE AND DISEASE ACTIVITY IN IBD PATIENTS RECEIVING BIOLOGICAL THERAPY

Demeter D.<sup>1</sup>, Tarján D.<sup>1</sup>, Fürst E.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Pankreász Betegségek Intézete

**Introduction:** Recent studies show that the phase angle measured with a bioimpedance analyzer (BIA) may be related to the patient's frailty, partly independent of the disease and current condition. In some cases, to mortality and the appearance of osteosarcopenia. In IBD, it may also be related to reduced muscle mass.

**Aims:** To assess the association between BIA-derived phase angle and disease activity in IBD patients.

**Methods:** In our present study, we examined inflammatory bowel disease (IBD) patients undergoing biological therapy and compared the phase angle with disease activity scores: in Crohn's disease, with the Crohn's Disease Activity Index (CDAI) and the Perianal Disease Activity Index (PDAI), and in ulcerative colitis, with the Mayo score. Of the 33 IBD patients receiving biological therapy, 24 had Crohn's disease, and 9 had ulcerative colitis.

**Results:** In ulcerative colitis, the Mayo score showed no correlation with the phase angle value. In Crohn's disease, we identified five patients with exceptionally low phase angles compared to others. The patient with the lowest phase angle was 4.4; the patient had a stoma, had been on biological therapy for 8 years, and was on steroids at the time of the measurement. Her body composition was suggestive of sarcopenia, with a high body fat percentage (33%) and a BMI of 19.9. A patient diagnosed 32 years ago with a phase angle of 4.6 was also on biological therapy, had not received steroids, and had a history of surgery; her body composition was ideal (BMI 23.5, normal muscle and fat mass). Two patients had a phase angle of 4.7: one was a Crohn's patient diagnosed 14 years ago, had been on steroid and biological therapy at the time of the measurement, had an ideal BMI (20.2), adequate skeletal muscle mass, but reduced body fat percentage; another was also diagnosed 14 years ago, did not receive steroid treatment, had undergone one surgery, had a BMI of 27.4, normal muscle mass, and increased body fat percentage (33.3%). The fifth patient, with a phase angle of 4.9, was diagnosed with Crohn's disease 7 years ago, did not receive steroids at the time of measurement, had not undergone surgery, had slightly reduced muscle mass and increased body fat percentage (29.1%), and had a BMI of 20.5. It is noteworthy that the five Crohn's patients with the lowest phase angle were all women.

**Conclusion:** No clear correlation between disease activity and phase angle was demonstrated in the present patient material. One possible explanation is that the general condition of the examined patients had not deteriorated to the extent that it was reflected in a significant decrease in phase

angle. On the other hand, it cannot be ruled out that, in IBD, disease activity alone is not the sole determining factor in the development of the phase angle; rather, it is influenced by body composition, loss of muscle mass, and overall nutritional and functional status. The patient data is being expanded, so more precise analyses are expected in the future. ¶

## 18. COLONOSCOPPAL VIZSGÁLT FELSŐ TÁPCSATONAI VÉRZÉSEK PUSH-ENTEROSCOPIA HIÁNYÁBAN CENTRUMUNKBAN

Dr Németh N.<sup>1</sup>, Dr Virág A.<sup>1</sup>, Dr Zsigmond K.<sup>1</sup>, Dr Orbán-Szilágyi Á.<sup>1</sup>, Dr Szamosi T.<sup>1</sup>, Dr Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház

**Introduction:** Az alsó és felső tápcsatornai vérzéseket elválasztó anatómia struktúra a Treitz-szalag (ligamentum suspensorium), mely a duodenojejunális átmenetet rögzíti a mesenteriumhoz. A vékonybél eredetű gastrointestinalis vérzések kb. 5 %-át adják a tápcsatornai vérzéseknek, gyakran diagnosztikai kihívást jelentenek, és túlnyomóan rejtettek maradnak. Az etiológiája korcsoport szerint megoszlik: 25 év alatt a Meckel-diverticulum, míg idősebbekben NSAID okozta enteropathia/erosiók, angiodyplasia, benignus vagy malignus malformációk vagy mesenterialis ischaemia.

A tápcsatornai vérzések adekvát vizsgálatát mind a Magyar Gasztroenterológiai Társaság (MGT) és az Európai Gasztroendoszkópiai Társaság (European Society of Gastrointestinal Endoscopy [ESGE]) által kiadott ajánlások a vérzés súlyossága, gyakorisága és jellege alapján határozza meg. Non-varix vérző betegnél instabilitás esetén CT angiographia és invazív radiológiai (szelektív embolizáció) beavatkozást, esetlegesen műtétet vagy intraoperatív endoszkópiát javasolnak. Stabil beteg esetén felső-, és alsó tápcsatornai endoszkópia, továbbá CT vagy MR enterographia, illetve kapszulás és kettős ballonos enteroszkópia is kivitelezhető. Tekintettel arra, hogy Centrumunkban enteroszkópia (kettős ballon, push, spirál) nem áll rendelkezésre így a Treitz-szalagon túl colonoscoppal van lehetőségünk a betegek felső tápcsatornáját áttekinteni.

**Results:** Centrumunkban az elmúlt 2 évben összesen 5 esetben alkalmaztunk colonoscoppal végzett push-enteroskópiát. Eseteinkben 2 alkalommal anaemiát és gyomorürülési zavart okozó jejunális adenocarcinómát találtunk, amelyek a későbbiekben sebészeti úton kerültek eltávolításra. 1 esetben gravis transzfúziót igénylő anaemia háttérében véleményezett jejunális artériás vérzés (arteria mesenterica superior elzáródás) szerepelt, melyet az ércsonkok haemoklippelésével kezeltünk. Továbbá 2 beteg kapcsán angiodyplasia igazolódott, melyek esetén szintén intervenciós úton, haemoklippek felhelyezésével állítottuk el a vérzést.

**Conclusion:** Összefoglalásként elmondható, hogy vékonybél eredetű vérzések viszonylag ritkán fordulnak elő, és ellátásuk nehezebb. Fontosnak tartjuk a multidiszciplináris megközelítést az ilyen esetek kivizsgálásában és kezelésében. A bemutatott esetek alapján az a következtetés vonható le, hogy a III. progresszivitású centrumokban a felső tápcsatornai, vékonybél eredetű vérzések diagnosztikája és terápiás lehetősége push-, kettős ballonos, vagy spirál enteroskopia elérhetővé tételével eredményesebbé válhat.

## 19. KARDIOVASZKULÁRIS RIZIKÓBECSLÉS ÉS UTÁNKÖVETÉS MULTICENTRIKUS, NAGY ESETSZÁMÚ MASLD REGISZTEREN – ELSŐ TAPASZTALATAINK

Drác B.<sup>1,2</sup>, Kővágó K.<sup>1</sup>, Túri F.<sup>1</sup>, Egresi A.<sup>1,2</sup>, Dinya E.<sup>3</sup>, Kozma B.<sup>4</sup>, Karácsony M.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Hagymási K.<sup>1,2</sup>, Werling K.<sup>1,2</sup>

1. Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest; 2. Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenciós Gasztroenterológiai Tanszék, Budapest; 3. Semmelweis Egyetem, Digitális Egészségtudományi Intézet, Budapest; 4. Ráckeve Város Szakorvosi Rendelőintézet, Ráckeve

**Introduction:** MASLD a leggyakoribb krónikus májbetegség a világon, minden negyedik esetben a betegek kardiiovaszkuláris (CV) szövődményekben halnak meg. A májelzsírosodás szignifikánsan növeli a szívinfarktust, a stroke és a szívelégtelenség kialakulását, amik a leggyakoribb halálozási okok közé tartoznak.

**Aims:** Jelenleg még nincsen a betegcsoportra jellemző CV rizikóbecslésre használt pontrendszer. Korábbi, kisebb betegpopulációt vizsgáló tanulmányunkban az Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) bizonyult a legszenzitívebb prognosztikai markernek, valamint a FIB-4 score használatával kiegészítve egy egységes CV utánpótlási protokollt dolgoztunk ki. Célunk volt ezen paraméterek vizsgálata egy nagyobb esetszámú MASLD regiszteren.

**Methods:** Retrospektív kutatást végeztünk 2007-2025 között a SE II. sz. Belgyógyászati Klinikán és a Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán kezelt 460 MASLD beteg (236 férfi-224 nő; medián életkor: 55 év) klinikai és laboratóriumi adatainak felhasználásával. A steatosis mértékét mágnesesrezonancia-képpalkotás-protondenzitás-zsírfrakció (MRI-PDFF) és kvantitatív mérésre alkalmas ultrahang vizsgálattal határoztuk meg. A Framingham Risk Score (FRS) és Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) rizikófaktorok, valamint a non-invazív fibrosis biomarkerek közül a FIB-4 érték kiszámolásával kiválasztottuk a magas rizikójú betegcsoportokat (ASCVD vagy FRS > 10%; FIB-4 > 1,3) és meghatároztuk a leggyakoribb CVD szövődményeket.

**Results:** Közel minden negyedik MASLD betegben (108/460) jelentősen nagyobb volt a CV rizikó, ezen esetek felében CV szövődmények is kialakultak, melyek közül a leggyakoribbnak a coronaria sclerosis (20/460) és a stroke/TIA (15/460) bizonyult. ASCVD>10% betegek esetén szignifikánsan (p<0.05) magasabb volt az akut myocardialis infarctus (AMI), a stroke/TIA, a coronaria sclerosis és a grade 3 steatosis hepatitis prevalenciája a FRS>10% betegekhez képest. FIB-4>1,3 betegekben szignifikánsan (p<0.05) gyakrabban fordult elő coronaria sclerosis és AMI, a stroke/TIA tekintetében azonban szignifikáns különbséget nem találtunk.

**Conclusion:** MASLD-ben a legszenzitívebb CV rizikómarkernek az ASCVD bizonyult, ami szignifikáns prediktora az AMI és a stroke/TIA kialakulásának. FIB-4>1,3 betegekben magasabb a coronaria sclerosis és az AMI rizikója, a stroke/TIA rizikóját azonban nem növelte.

## 20. KARDIOMETABOLIKUS KOCKÁZATI TÉNYEZŐK ÉS MÁJELZSÍROSODÁS KAPCSOLATA MAFLD-BEN: MR-PDFF, STEATOSIS KVANTITATÍV ULTRAHANG ALAPÚ MEGHATÁROZÁSA, ELASZTOGRÁFIA ÉS NEM INVÁZÍV PONTSZÁMOK KÖZÖTTI ÖS

Egresi A.<sup>1,2</sup>, Kozma B.<sup>3</sup>, Karácsony M.<sup>1</sup>, Drác B.<sup>1,2</sup>, Rónaszéki A.<sup>4</sup>, Csongrády B.<sup>4</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Werling K.<sup>1,2</sup>, Kaposi N.<sup>4</sup>, Hagymási K.<sup>1,2</sup>

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

Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék, Budapest; 3. Ráckeve Város Szakorvosi Rendelőintézet, Ráckeve; 4. Semmelweis Egyetem, Orvosi Képzőintézet, Budapest

**Introduction:** Az anyagcsere-diszfunkcióval összefüggő zsírmájbetegség (MAFLD) világszerte a krónikus májbetegségek vezető okává vált, előfordulása pedig gyorsan növekszik, elsősorban a kardiometabolikus kockázati tényezők terjedésének következtében. Ezek a tényezők nemcsak a betegség kialakulásában játszanak szerepet, hanem alapvetően befolyásolják annak súlyosságát, progresszióját, valamint az extrahepatikus – különösen cardio- és cerebrovasculáris – szövődmények kialakulását.

**Aims:** Vizsgálatunk célja a kardiometabolikus kockázati teher és a májelzsírosodás súlyossága, a nem invazív biomarkerek, valamint a cardiovascularis kimenetek közötti összefüggések átfogó elemzése volt.

**Methods:** Keresztmetszeti vizsgálatunkba 196 MAFLD-ben szenvedő beteget (104 férfi, 92 nő; átlagos BMI: 29,9±4,5 kg/m<sup>2</sup>) vontunk be hepatológiai szakambulanciánkról. A kardiometabolikus kockázati terhet az előre definiált tényezők kumulatív száma alapján határoztuk meg (MT1–MT5). Vizsgáltuk az összefüggéseket a kockázati teher, a rutin laboratóriumi paraméterek, a validált nem invazív steatosi- és fibrosi- pontszámok (HSI, FLI, AAR, API, GUCI, FIB-4, NAFLD Fibrosis Score, APRI), valamint a képalkotó vizsgálatok eredményei között. A máj zsírtartalmát MRI-protonsűrűség zsírfrakcióval (MR-PDFF) és kvantitatív ultrahanggal határoztuk meg, míg a májtömöttséget 2D shear-wave elasztográfiával mértük.

**Results:** Az MR-PDFF alapján a betegek 22,1%-ában grade 1, 36,1%-ában grade 2, míg 21,5%-ában grade 3 steatosi volt jelen. Az átlagos májtömöttség 6,7±4,4 kPa volt. A túlsúly/elhízás, a 2-es típusú diabetes mellitus és a hypertonia prevalenciája 80%, 33% és 65% volt. A kardiometabolikus kockázati tényezők számának növekedése szignifikáns és független összefüggést mutatott az MR-PDFF-vel mért steatosi súlyosságával (p=0,0035), az életkorral (p=0,013), valamint férfiak esetében az ultrahang-alapú attenuációs indexekkel (p=0,026). Cardio-, és cerebrovasculáris szövődmény a betegek 13,8%-ában fordult elő, gyakoriságuk pedig fokozatos emelkedést mutatott a kockázati kategóriák mentén (MT1: 2,9% – MT5: 25,0%). A HSI és a NAFLD Fibrosis Score romlása szoros összefüggést mutatott a kardiometabolikus kockázati teher növekedésével (p<0,001).

**Conclusion:** A kardiometabolikus kockázati tényezők halmozódása szoros kapcsolatban áll a májelzsírosodás súlyosbodásával, valamint a nem invazív fibrosi-markerek romlásával MAFLD-ben. A kvantitatív képalkotó módszerek – különösen az ultrahang-alapú technikák – többletértéket képviselhetnek a magas kockázatú betegek (cardio-, és cerebrovasculáris szövődmények) azonosításában, amely további prospektív vizsgálatokat igényel.

## 21. UPADACITINIB KEZELÉS VALÓS ÉLETBELI TAPASZTALATAI NEHEZEN KEZELHETŐ IBD-BETEGEKBEN

Élthes Z.<sup>1,2</sup>, Erdős A.<sup>1,2</sup>, Pályu E.<sup>1,2</sup>, Lénárt Á.<sup>1,2</sup>, Papp M.<sup>1,2</sup>, Palatka K.<sup>1,2</sup>

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

**Introduction:** Az egyre bővülő terápiás lehetőségek ellenére a gyulladós bélbetegek (IBD) ellátása továbbra is jelentős kihívást jelent a mindennapi gyakorlatban. A gyógyszerválasztást az alapbetegség jellemzői mellett a hozzáférési korlátok, a finanszírozási szabályozás és a beteg preferenciák is befolyásolja.

**Aims:** A Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gasztroenterológiai Klinikáján az upadacitinib bevezetése óta szerzett tapasztalatainkat retrospektívan elemeztük.

**Methods:** Vizsgáltuk a kezelés hatását a betegség aktivitására, a terápiaváltás szükségességét, valamint a mellékhatások előfordulását.

**Results:** Klinikánkon 2023 november 1. óta összesen 52 beteg részesült upadacitinib kezelésben, közülük 47 (90%) Crohn-beteg, míg 5 (10%) colitis ulcerosás volt. A Crohn-betegek közül 6 esetben (13%) izolált vékonybél-, 10 esetben (21%) vastagbél-, míg 31 esetben (66%) ileocolonikus érintettség volt megfigyelhető.

Családi anamnézisben IBD 18 esetben (35%) szerepelt. Korábbi műtét 23 betegnél (55%), perianalis érintettség 19 betegnél (40%) volt jelen.

A betegek medián életkora 39 (29–48) év, a betegség fennállásának medián ideje 15 (10–19) év volt.

A laborparaméterek és a calprotectin értékek tekintetében nem igazolódott szignifikáns változás, ugyanakkor a klinikai és endoszkópos aktivitási score-okban szignifikáns javulás volt észlelhető:  $\ulcorner$ CDAI: 95 (54–186) vs. 45 (31–77), p=0,001 SES-CD: 12 (6–12) vs. 6 (1–7), p=0,01 Mayo: 7 (5–7) vs. 1 (1–3), p=0,015

Öt betegnél (10%) jelentkezett mellékhatás, melyek közül 2 esetben a kezelés felfüggesztése vált szükségessé.

**Conclusion:** Az upadacitinib hatékony terápiás opciónak bizonyult előrehaladott, hosszú ideje fennálló, nehezen kezelhető IBD esetében is, beleértve a korábbi műtéten átesett és pozitív családi anamnézissel rendelkező betegeket.

A klinikai és endoszkópos javulás ellenére a biomarkerválasz nem minden esetben követte a terápiás hatást.

Eredményeink ugyanakkor arra is rámutatnak, hogy a hatékony terápiák korábbi alkalmazása – különösen egy top-down stratégia keretében – várhatóan még kedvezőbb kimenetekkel járhat.

## 22. NEUTROPAENIAVAL TÁRSULÓ COLITIS MINT IBD-MIMIC: DIAGNOSZTIKUS KIHÍVÁS EGY ATÍPUSOS ESET KAPCSÁN

Élthes Z.<sup>1,2</sup>, Erdős A.<sup>1,2</sup>, Lénárt Á.<sup>1,2</sup>, Pályu E.<sup>1,2</sup>, Papp M.<sup>1,2</sup>, Palatka K.<sup>1,2</sup>

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

**Introduction:** A diagnosztikus lehetőségek bővülése ellenére a lokalizált gastrointestinalis gyulladások hátterében a klinikai gyakorlatban gyakran merül fel gyulladós bélbetegség lehetősége. Ugyanakkor hasonló megjelenés számos, az immunrendszert vagy akár a vércépzést érintő kórképben is előfordulhat. Emiatt a helyes diagnózis felállításában kulcsszerepe van az egyéb etiológiai tényezők célzott kizárásának.

**Results:** Hatvankét éves férfi beteg kivizsgálása visszatérő láz, hasi fájdalom és rövid idő alatt kialakult jelentős testsúlycsökkenés miatt indult. A kezdeti képalkotó vizsgálatok (CT, hasi ultrahang) ileocoecalis Crohn-betegség lehetőségét vetették fel.

Laboratóriumi vizsgálatai súlyos leukopeniát és neutropeniát igazoltak, emelkedett gyulladós paraméterek mellett. A

fertőzéses eredet (CMV, HIV, hepatitis, aspergillus) kizárható volt, haemokultúrák ismételten negatívak maradtak.

Ismételt hasi CT neutropeniához társuló colitist valószínűsített. Ennek megfelelően végzett endoszkópia során a terminalis ileumban és a vastagbélben egyaránt atípusos gyulladással eltérések voltak láthatók, a szövettani vizsgálat szintén neutropeniás eredetet valószínűsített.

A hematológiai kivizsgálás során végzett csontvelő biopszia malignitást nem igazolt, a flow cytometria és a klonalitás vizsgálatok poliklonális eltérést mutattak.

Molekuláris genetikai vizsgálattal STAT3 (Tyr640Phe) mutáció igazolódott, mely T-sejtes lymphoproliferatív kórképekhez társul.

A beteg széles spektrumú antibiotikus és antifungális kezelésben, granulocytá-kolónia stimuláló faktor (G-CSF) terápiában, majd szteroid kezelésben részesült, melyre klinikai és laboratóriumi javulás következett be.

A későbbiekben rheumatoid arthritis igazolódott, mely miatt methotrexat kezelés indult.

**Conclusion:** Típusos lokalizációjú gastrointestinalis gyulladás esetén is elengedhetetlen az egyéb betegségek kizárása, különösen atípusos klinikai kép vagy kísértő eltérések fennállása mellett.

Az immunrendszer működésének zavara számos, egymást részben átfedő klinikai megjelenésű kórképet eredményezhet, ami jelentős differenciáldiagnosztikai kihívást jelent.

Az eset hangsúlyozza a multidiszciplináris megközelítés és a célzott, molekuláris diagnosztika kulcsszerepét a helyes diagnózis felállításában.

### 23. A MAGYARORSZÁGI POPULÁCIÓ-ALAPÚ KOLOREKTÁLIS SZŰRŐPROGRAMBAN VALÓ RÉSZVÉTEL EPIDEMIOLÓGIAI HATÁSAI ÉS A RÉSZVÉTELT BEFOLYÁSOLÓ DEMOGRÁFIAI TÉNYEZŐK VIZSGÁLATA

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

1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum; 2. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Patológiai Intézet; 3. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Orvosi Fizikai és Orvosi Informatikai Intézet

**Bevezetés:** A szervezett vastagbélrákszűrő-programok hatására a betegség incidenciájának egy átmeneti emelkedő periódust követő csökkenése várható, azonban az epidemiológiai hatások érvényesülését jelentősen befolyásolják a szűrésben való részvételi adatok, és a szűrési lefedettség. Magyarországon 2018-ban indult az átlagos CRC rizikóval rendelkező, 50-70 éves lakosság körében a szervezett CRC szűrőprogram.

**Cél:** A magyarországi CRC szűrőprogram részvételi és lefedettség adatainak értékelése a szűrés bevezetését követő első 5 évben, a CRC incidenciára kifejtett esetleges hatásokat is tekintve; valamint a Csongrád-Csanád vármegyei adatok alapján a részvételt esetlegesen befolyásoló demográfiai tényezők azonosítása.

**Módszerek:** Intervencióval nem járó, retrospektív obszervációs kohorszvizsgálat keretében értékeltük a szűrés első 5 évében (2019-2023) a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ adatbázisa alapján a magyarországi CRC szűrőprogram első és második lépcsőjén való részvételi adatokat (adherencia), a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2022-es népszámlálási adatait

alapul véve a szűrési lefedettséget is vizsgálva. A szűrés CRC incidenciára kifejtett hatását a Nemzeti Rákregiszter adatai alapján értékeltük. A szűrésben való részvételi hajlandóságot esetlegesen befolyásoló demográfiai tényezők (nem, lakóhely típusa [község/város]) hatását a csongrád-csanád vármegyei részvételi adatok értékelésével többváltozós elemzés során jamovi statisztikai programmal értékeltük.

**Eredmények:** A CRC incidenciája nem változott jelentősen a szűrés bevezetése óta eltelt 5 évben a szűrés előtti 5 évhez viszonyítva, sem a teljes lakosságot ( $p=0,179$ ), sem a szűrés célkorosztályát tekintve ( $p=0,083$ ). A vizsgált időszakban 2 227 900 meghívólevél került kiküldésre 1 531 970 lakos részére, ezáltal a szűrés első 5 évében 60,9%-os szűrési lefedettség volt elérhető. Az első lépcsőhöz való átlagos 21,3%-os adherencia alapján a céllakosság 13,0%-a került leszűrésre FIT teszttel, illetve nem negatív eredmény esetén az endoszkópos vizsgálaton való 57,2%-os részvételi arányt tekintve a céllakosság 7,4%-a esett át szűrő kolonoszkópián. Míg az első lépcsőn való részvételi arány csökkent az évek folyamán (2019-től 2023-ig: 32,1%, 24,7%, 18,8%, 19,6%, 10,9%), a szűrő kolonoszkópián való részvétel kisebb variabilitást mutat (58,9%, 52,8%, 52,5%, 58,9%, 51,4%).

A csongrád-csanád vármegyei adatok alapján a nők nagyobb hajlandóságot mutatnak a FIT visszaküldésére (OR 1,32), azonban a szűrő kolonoszkópián kisebb mértékben vesznek részt (OR 0,70). A lakóhely típusa szintén befolyásolta a részvételt: a községekben lakók nagyobb arányban küldték vissza a FIT tesztet (OR 0,90) és vettek részt a szűrő kolonoszkópián (OR 0,73), mint a városi lakosság. Míg az első meghívás során a szűrésbe meghívottak nagyobb valószínűséggel küldték vissza a FIT tesztet (OR 1,05), a kolonoszkópos szűrésben való részvétel nem függött a meghívás típusától (első vagy ismételt meghívás).

**Konklúzió:** A magyarországi vastagbélrákszűrő-program részvételi adatai elmaradnak a nemzetközileg meghatározott célértékektől. A lakosság jelenlegi átszűrtsége mellett a szűrés epidemiológiai hatásai még nem érvényesülnek, ennek megvalósulásához elengedhetetlen a részvételi (főként a FIT visszaküldési) arányok javítása.

### 24. AZ OPTIKAI DIAGNOSZTIKA MEGBÍZHATÓSÁGA A SZŰRŐ KOLONOSZKÓPIÁK SORÁN – ELEGENŐ A TERMÉSZETES INTELLIGENCIA?

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

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

**Bevezetés:** A colorectalis polypok megfelelő menedzsmentjéhez elengedhetetlen a léziók felszíni karakterisztikájának értékelése, főként submucosa invázió gyanúja esetén. Diminutiv colorectalis polypok esetén a resect-and-discard, illetve a bal colonfél léziók esetén a leave-in-situ stratégiák alkalmazásának szintén feltétele a magas megbízhatóságú optikai diagnosztika. **¶Célkitűzés:** A magyarországi, populáció-alapú CRC szűrőprogram keretében eltávolításra került polypok esetén az optikai (Kudo klasszifikáció alapján meghatározott pit pattern) és a végleges szövettani diagnózis összevetése. **¶Módszerek:** Országos kiterjesztésű, obszervációs kohorszvizsgálatunkban az Országos Szűrési Regiszter kommunikációs moduljában regisztrált, szűrő kolonoszkópia során észlelt polypoid léziók esetén a vizsgálat során

megadott Kudo besorolást (Kudo I-V) és a végleges szövettani diagnózist vetettük össze, az egyezés mértékét a Cohen-féle kappa együtthatóval jellemezve, valamint vizsgálva az optikai diagnosztika pontosságát a nem neoplasticus léziók, illetve a submucosa inváziót mutató carcinomák (SMIC) azonosításában. Vizsgáltuk ezen felül a léziók méretének és lokalizációjának (jobb/bal colonfél), valamint a vizsgálófüggő paraméterek (adenoma detekciós ráta [ADR], éves szűrő kolonoszkópiák száma, a vizsgáló tapasztalata) hatását az optikai diagnosztika pontosságára. A statisztikai elemzés R Commander és jamovi statisztikai programok alkalmazásával történt. ¶**Eredmények:** A CRC szűrőprogram keretében 2019-2023 között országosan 8 560 olyan lézió került rögzítésre, amely esetén rendelkezésre állt mind a szövettani eredmény, mind a felszíni mintázatra vonatkozó információ. A léziók közül 7 423 neoplasticus (ebből 785 SMIC), 1 137 nem neoplasticus volt. A 979 serrated lézió közül 100 tartalmazott dysplasiát. A nem neoplasticus léziók 8,0%-a Kudo I, 50,8%-a Kudo II, 38,4%-a Kudo III, 2,7%-a Kudo IV felszíni mintázattal rendelkezett. A neoplasticus, submucosa inváziót nem mutató léziók esetén a felszíni mintázat főként Kudo III (72,9%) és Kudo IV (16,3%) besorolású volt (2,1% Kudo I, 7,8% Kudo II, 0,8% Kudo V), míg a SMIC-k felszíni rajzolata 71,2%-ban Kudo V volt (0,6% Kudo I, 1,4% Kudo II, 17,3% Kudo III, 9,4% Kudo IV).

A Kudo I-II kategória alapján a nem neoplasticus léziók 86,4%-os (57,2% szenzitivitás, 90,9% specificitás), Kudo III-IV mintázat alapján a neoplasticus, nem submucosa invazív léziók 77,6%-os (89,2% szenzitivitás, 63,7% specificitás), Kudo V mintázat alapján pedig a SMIC léziók 96,7%-os pontossággal (71,2% szenzitivitás, 99,3% specificitás) voltak azonosíthatók. Míg az előbbi két kategória esetén az egyezés mértéke gyenge volt ( $\kappa=0,449$ , illetve  $\kappa=0,528$ ), a Kudo V mintázat és a SMIC között közepes mértékű egyezés volt megfigyelhető ( $\kappa=0,782$ ). Serrated léziók esetén a felszíni mintázat nem korrelált a szövettani diagnózissal ( $\kappa=0,143$ ).

Többváltozós elemzés alapján a léziók nagyobb mérete és a bal oldali lokalizáció általánosságban növeli az optikai diagnózis pontosságát (SMIC azonosítása esetén utóbbi különbség nem érvényesül). Az érintett szegmens tisztítottságának foka, illetve az éves szűrő kolonoszkópos vizsgálatszám nem befolyásolta a pontosságot. A SMIC azonosítását a vizsgáló magasabb ADR-je növelte, azonban független a vizsgáló tapasztalatától, a többi lézió azonosításában ugyanakkor a fiatalabb korosztály teljesített jobban.

**Konklúzió:** A hazai viszonyok között az optikai és hisztológiai diagnosztika kapcsolatát valós életbeli adatok alapján elsőként értékelő tanulmányunk eredményei alapján az optikai diagnosztika jó alapul szolgálhat az eltérő megközelítést igénylő, submucosa inváziót mutató polypok azonosításában, ugyanakkor az eredmények nem támogatják diminutív polypok esetén a resect-and-discard stratégia alkalmazhatóságát.

## 25. COMPARATIVE SHORT-TERM EFFECTIVENESS OF TOFACITINIB AND CYCLOSPORIN RESCUE THERAPY IN PATIENTS WITH STEROID-REFRACTORY, INFLIXIMAB-EXPERIENCED ACUTE SEVERE ULCERATIVE COLITIS

Farkas B.<sup>1,2</sup>, Resál T.<sup>2</sup>, Bacsur P.<sup>1,2</sup>, Pápista M.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1,2</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. HCEMM-USZ Translational Colorectal Research Group, Szeged, Hungary

**Introduction:** The effectiveness of tofacitinib (TOFA) and cyclosporin (CsA) as rescue therapy has already been proven, but studies did not compare them directly in patients with steroid-refractory, infliximab-experienced acute severe ulcerative colitis (ASUC).

**Aims:** To address this unmet need, we conducted a single-center, retrospective cohort study that aimed to evaluate and compare the short-term effectiveness and safety of TOFA and CsA in IFX-experienced, steroid-refractory ASUC patients. We also aimed to identify factors predicting short-term clinical outcomes in these patient populations.

**Methods:** The co-primary outcomes were week 2 and 8 clinical remission rates defined as partial Mayo score (pMayo)<2 with a rectal bleeding subscore of 0 and C-reactive protein (CRP) ≤5 mg/L. The secondary outcomes were early colectomy and relapse rates within 24 weeks of rescue therapy. Relapse was defined as the need for treatment modification or escalation, IBD-related hospitalization, and/or colectomy. Inverse probability weighting analysis was performed for demographics, baseline pMayo, baseline CRP, as well as concomitant corticosteroid use between the two treatment groups. Demographic and clinical factors associated with the achievement of clinical remission at week 2 and 8, as well as with the need for early colectomy were analyzed via logistic regression models.

**Results:** A total of 198 patients (106 TOFA, 92 CsA; mean age: 34.9+14.5 years; 43.9% male) were enrolled in the study. No statistically significant difference was shown between TOFA- and CsA-treated patients regarding the probability of achieving clinical remission at weeks 2 (OR:0.63, 95% CI: 0.39-1.04) and 8 (OR:1.1, 95% CI: 0.72-1.67). Patients receiving CsA were more than twice as likely to relapse within 24 weeks of rescue therapy compared to those receiving TOFA (OR:2.10, 95% CI: 1.21-3.66). The risk of early colectomy was significantly higher among CsA-treated patients than in the TOFA-treated group (OR:2.78, 95% CI: 1.22-6.34). In ASUC, lower inflammatory burden at baseline (CRP level <50 mg/L; p=0.04, OR: 3.65, 95% CI: 1.08-12.3) was associated with higher probability of achieving clinical remission at week 2 with CsA, while earlier onset (p=0.02, OR: 0.96, 95% CI: 0.92-1.00) and shorter disease duration (p=0.05, OR: 0.93, 95% CI: 0.87-1.00) were independent negative predictors of the same endpoint with TOFA. No new safety signals were identified.

**Conclusion:** TOFA rescue treatment might be more effective than CsA in preventing early colectomy and relapse in patients with infliximab-experienced, steroid-refractory ASUC.

## 26. A KAPSZULA ENDOSZKÓPIA KLINIKAI JELENTŐSÉGE A MINDENNAPI GYAKORLATBAN – EGY TERCIER CENTRUM TAPASZTALATAI

Farkas T.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Pálinkás D.<sup>1</sup>, Virág A.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház, Gasztroenterológiai Osztály

**Introduction:** A kapszula endoszkópia a vékonybél betegségeinek kivizsgálásában egyre szélesebb körben alkalmazott non-invazív diagnosztikus módszer.

**Aims:** Vizsgálatunk célja a kapszula endoszkópia diagnosztikus hozamának és klinikai jelentőségének értékelése egy hazai terciér ellátó centrumban.

**Methods:** Retrospektív elemzést végeztünk a 2024-ben végzett kapszula endoszkópia vizsgálatok és klinikai

relevanciáik alapján. Az elemzés során a kimutatott eltéréseket és azok klinikai következményeit értékeltük.

**Results:** 2024-ben 52 kapszula endoszkópos vizsgálatot végeztünk. A leggyakoribb indikáció az anaemia vagy gastrointestinalis vérzés volt (32 beteg, 61,5%). Crohn-betegséggel kapcsolatos indikáció összesen 18 esetben (34,6%) szerepelt, ebből 10 betegnél (19,2%) a kórkép igazolása, míg 8 betegnél (15,4%) az ismert Crohn-betegség kontrollja volt a cél. Emellett 2 betegnél (3,8%) anaemia vagy gastrointestinalis vérzés kivizsgálása során igazolódott Crohn-betegség, így a kapszula endoszkópia összesen 12 esetben (23,1%) állította fel a diagnózist, míg Crohn-betegségben érintett betegek száma összesen 20 volt (38,5%). Crohn-betegség kontroll során 5/8 betegnél (62,5%) észleltünk gyulladási aktivitást. Négy betegnél (50%) ez terápia módosításhoz vezetett, míg egy esetben (12,5%) bár a kapszula aktivitást igazolt, azonban a klinikai képet mérlegelve a terápia folytatása mellett döntöttünk. Egy betegnél (12,5%) szűkület miatt sebészi beavatkozás vált szükségessé, míg 3 esetben (37,5%) endoszkópos remisszió volt megfigyelhető. Összességében klinikailag releváns eltérés 34/52 betegnél (65,4%) volt kimutatható, amelyek 27/34 esetben (79,4%) vezettek a további ellátás valamilyen szintű módosításához. A kapszula vizsgálat eredménye alapján 4 betegnél (7,7%) sebészi beavatkozás történt. Enteroscopiát 5 betegnél (9,6%) indikáltunk, amely 1 esetben (1,9%) valósult meg, míg 4 betegnél (7,7%) különböző okok miatt erre nem került sor. További endoszkópos kivizsgálás vagy ellátás (pl. APC kezelés, polypectomia) 5 betegnél (9,6%) történt. A fennmaradó esetekben invazív beavatkozás nem volt szükséges, a kapszula endoszkópia eredménye alapján gyógyszeres kezelés módosítása vagy új terápia bevezetése történt. Hét betegnél (20,6%) ugyan klinikailag releváns eltérés igazolódott, azonban a beteg általános állapota, vagy a várható terápiás haszon mérlegelése miatt további invazív beavatkozás, gyógyszer módosítás nem történt. Anyagunkban 17 vizsgálat (32,7%) negatív eredményű volt, míg 1 esetben (1,9%) a kapszula lenyelése sikertelennek bizonyult.

**Conclusion:** A kapszula endoszkópia osztályunkon magas diagnosztikus hozamú vizsgálati módszernek bizonyult, amely az esetek jelentős részében klinikailag releváns eltérést mutatott ki és jelentős szerepet játszott a további diagnosztikus és terápiás döntések meghozatalában. Osztályunk a feldolgozott 2024-es évhez képest 2025-re 80-ra, 53,8%-kal emelte a kapszula endoszkópos vizsgálatok számát, döntően a Crohn-betegséggel kapcsolatos indikációk miatt.

## 27. DEPRESSION AND ANXIETY ARE ASSOCIATED WITH POORER OUTCOMES IN ACUTE PANCREATITIS: A PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY

Fehér T.<sup>1,2,3</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Szentes B.<sup>1</sup>, Papp R.<sup>1,4,5</sup>, Teutsch B.<sup>1,6,7</sup>, Engh M.<sup>1</sup>, Váncsa S.<sup>1,2,7</sup>, Csaba R.<sup>1</sup>, Réthy L.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>1,7</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,7,8</sup>, Nagy R.<sup>1,9</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University; 3. Department of Developmental Psychology, Institute of Psychology, Károli Gáspár University of the Reformed Church in Hungary; 4. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University; 5. Center for Pharmacology and Drug Research & Development, Semmelweis University; 6. Department of Radiology, Medical Imaging Centre, Semmelweis University; 7. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 8. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research

Development and Innovation, University of Szeged; 9. Heim Pál National Pediatric Institute

**Introduction:** Psychological factors are bidirectionally linked with inflammatory gastrointestinal disorders, but similar data in acute pancreatitis (AP) are scarce. **¶Aims:** We investigated the association between psychological distress and progression along the pancreatitis continuum, etiology, and AP outcomes. **¶Methods:** In an ongoing single-center observational study (01 May 2023-31 December 2025), 1977 adult pancreatitis patients were assessed at admission using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; 0-7 = normal, 8-10 = borderline, 11-21 = psychological morbidity). Patients were grouped as AP (first AP episode), RAP (recurring AP), ECP (early chronic pancreatitis with  $\geq 3$  AP episodes without CP diagnosis), and CP (chronic pancreatitis) based on pancreatic morphology. **¶Results:** The prevalence of clinically abnormal psychological disturbances increased along the disease continuum from AP to RAP, ECP, and CP (20.15%, 11.15%, 23.15%, and 24.15%, respectively). HADS profiles differed by etiology: abnormal disturbances were more prevalent in alcohol-induced and tumor-related cases (25.4% and 23.1%) and less prevalent in hypertriglyceridemia-related and biliary cases (15.4% and 15.8%). HADS scores correlated significantly with both the Early Achievable Severity (EASY) score and the Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis (BISAP) score ( $r = 0.089$ ,  $p < .001$ ;  $r = 0.142$ ,  $p < .001$ , respectively). Abnormal disturbances were also more frequent in higher disease severity groups (17.1%, 23.6%, and 36.1% in mild, moderately severe, and severe patients, respectively). Mortality increased across HADS categories (normal: 1%, borderline: 1%, abnormal: 14%), as did distant complications (11%, 11%, and 21%, respectively).

**Conclusion:** Psychological distress is associated with etiology, poorer clinical outcomes in AP, and progression toward chronic pancreatitis.

## 28. A MÁGNESESEN IRÁNYÍTOTT KAPSZULAENDOSZKÓPIA (MCCE) ÉS A HAGYOMÁNYOS GASTROSCOPIA ÖSSZEHASONLÍTÁSA GYOMOR ELTÉRÉSEK KIMUTATÁSÁBAN

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

1. Endo-kapszula Magánorvosi Centrum

**Aims:** Jelen prospektív klinikai vizsgálatunk célja az Ankon mágnesesen irányított gyomor és vékonybél kapszula endoszkópia (MCCE) diagnosztikus teljesítményének értékelése és összehasonlítása a hagyományos gastroscopiával a gyomor nyálkahártya-eltéréseinek felismerésében, olyan ambuláns betegek körében, akiknél mindkét vizsgálat megtörtént. **¶Methods:** Prospektív vizsgálatunkba 179 olyan ambuláns, FIT pozitív beteget vontunk be, akiknél egy napon MCCE és hagyományos gastroscopia és colonoscopia is megtörtént, utóbbi vizsgálatok Propofol mély szedációjában. A vizsgált populációban 92 férfi és 87 nő szerepelt, az átlagéletkor 49 év volt. A fokális gyomorlaesiókat P0–P3 kategóriákba soroltuk, ahol a P0 negatív leletet, míg a P1–P3 fokozódó klinikai jelentőségű, FIT pozitivitást magyarázó eltéréseket jelöltek. A gastroscopia eredményeit tekintettük gold standardnak, és ezekhez viszonyítva értékeltük az MCCE diagnosztikus teljesítményét.

**Results:** Gastroscopia alapján 92 betegben nem igazolódott fokális eltérés (P0), míg 96 esetben P1, 17 esetben P2, és 5 esetben P3 elváltozást is azonosítottunk. A P2-P3 léziók

tekintetében 1 esetben 1 cm-nél nagyobb polyp, továbbá 11 fekély, 5 polypoid erosio és 5 malignitás gyanúját felvető aktívan vérző laesio került leírásra. MCCE vizsgálattal 91 esetben negatív lelet született (P0), míg 88 betegnél P1, 17 esetben P2 (2 esetben >1 cm-es polyp, 7 esetben fekély, 8 esetben polypoid erosio), valamint 5 esetben P3 azaz malignitás gyanúját felvető, aktívan vérző eltérés volt azonosítható.

Az MCCE és a gastroscopia közötti egyezés a negatív esetekben magas volt: a gastroscopia szerint P0 kategóriába sorolt betegek 90,6%-át az MCCE is negatívnak minősítette. A P1 kategóriában az egyezés 82,8%, a P2 kategóriában 69,2%, míg a P3 kategóriában 100% volt.

A diagnosztikus teljesítmény elemzése alapján az MCCE bármilyen fokális laesio kimutatásában (P0 vs. P1–P3) 91,5%-os szenzitivitást, 90,6%-os specificitást, 90,4%-os pozitív prediktív értéket, 91,7%-os negatív prediktív értéket és 91,0%-os pontosságot mutatott. A klinikailag relevánsabb eltérések felismerésében (P0–P1 vs. P2–P3) a szenzitivitás 77,8%, a specificitás 96,0%, a pozitív prediktív érték 70,0%, a negatív prediktív érték 97,3%, az összpontosság pedig 94,0% volt.

**Conclusion:** A mágnesesen irányított kapszulaendoszkópia hatékony és biztonságos, nem invazív diagnosztikus módszer a gyomor fokális nyálkahártya-eltéréseinek vizsgálatára. Az MCCE különösen jó teljesítményt mutatott a negatív esetek kizárásában és a klinikailag jelentős laesiók felismerésében. Eredményeink alapján az MCCE alkalmas lehet a gyomornyálkahártya elváltozásainak szűrőjellegű vizsgálatára, és a jövőben fontos szerepet tölthet be a felső gastrointestinalis betegségek korai, betegbarát diagnosztikájában.

## 29. RETROSPECTIVE ANALYSIS OF EUS-GUIDED ELASTOGRAPHY AND HISTOPATHOLOGICAL RESULTS IN DIFFERENTIATING SOLID PANCREATIC LESIONS AT THE INSTITUTE OF PANCREATIC DISEASES, SEMMELWEIS UNIVERSITY

Friderika F.<sup>1,2,3</sup>, Devarajulu M.<sup>1,2</sup>, Sajid K.<sup>1,2</sup>, Gellért Gedeon D.<sup>3</sup>, Péter S.<sup>1,2</sup>, Péter H.<sup>1,2</sup>, Bálint E.<sup>1,2</sup>, Péter Jenő H.<sup>1,2</sup>

1. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. George Emil Palade University of Medicine, Pharmacy, Science, and Technology of Târgu Mureș, Romania.

**Background:** Pancreatic cancer stands 3rd in cancer-related death. Endoscopic ultrasound (EUS) plays a key role in characterizing and diagnosing solid pancreatic lesions. The literature suggests, with limited evidence, that ancillary EUS techniques like EUS-guided elastography, which assess tissue stiffness, potentially improve the differentiation of malignant lesions.

**Aim:** In this single-center retrospective study, we analyzed the performance of EUS-guided elastography in characterizing solid pancreatic lesions compared with histopathological results.

**Methods:** Our team conducted a retrospective analysis of 508 consecutive patients who underwent Endoscopic Ultrasound (EUS) at the Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, between January and October 2025. We included 108 patients with suspected solid pancreatic tumors and divided them into two groups. The first group (54 patients) had elastography and histopathological results. The second group (54 patients) had histopathological results but no elastography. Demographic parameters, endoscopic data (elastography, ROSE, MOSE) were collected for both groups. Statistical analysis was performed

using Microsoft Office Excel and GraphPad (Prism10) software.

**Results:** In the elastography group (EG), the median age was 70 years (95% CI: 66–74), compared to 68 years (95% CI: 61–71) in the non-elastography group (NEG), with similar mean ages between groups (69.09 vs. 65.07 years; 95% CI for the mean: 66.03–72.16 vs. 62.12–68.03). Regarding sex distribution, 38.89% of patients in the EG were male and 61.11% female, whereas in the NEG, males comprised 62.96% and females 37.04% (P=0.01; OR=0.37; 95% CI 0.17–0.80).

Pancreatic adenocarcinoma was the most frequent diagnosis in both groups, 57.4% in the EG and 66.7% in NEG (P>0.05). Median tumor size was 675 mm<sup>2</sup> (median dimensions: 27x25mm) in the EG and 900 mm<sup>2</sup> (median dimensions: 30x29mm) in NEG (P=0.1417). Tumors most frequently involved the pancreatic head in both groups (EG: 54.74%; NEG: 50.00%) (P=0.1448).

The use of MOSE and ROSE showed high prevalence in both groups. MOSE was applied in 96.36% of patients in the EG group and in 94.44% of patients in the NEG group (P=0.67, OR=1.55, 95% CI 0.30–9.02). ROSE was utilized in 77.78% of cases in the EG group and in 72.22% of cases in the NEG group (P=0.50, OR=1.34, 95% CI 0.54–3.10).

Among the 54 patients who underwent elastography (EG), 43 (79.62%) exhibited blue colour, while 11 (20.37%) demonstrated mixed colour. In blue-EG cohort, 34 (79.07%) had malignant lesions and 9 (20.93%) had benign lesions (P=0.69, OR=1.41, 95% CI 0.34–5.63). In mixed-EG cohort, 8 (72.73%) had malignant lesions and 3 (27.27%) had benign lesions (P=0.69, OR=1.41, 95% CI 0.34–5.63).

In EG, rebiopsy was required in 14 (25.93%) patients, 11 (78.57%) blue colour and 3 (21.42%) mixed colour (P>0.99, OR=0.91, 95% CI 0.19–3.65). Among the rebiopsy cases with blue colour, 5 (45.45%) were malignant and 6 (54.55%) were benign (P>0.99, OR=0.41, 95% CI 0.02–4.70), while among rebiopsy cases with mixed colour, 6 (75.00%) were malignant and 2 (25.00%) benign (P=0.25, OR=3.22, 95% CI 0.47–18.07).

In EG group, the sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and likelihood ratio are 0.80 (0.66–0.90), 0.25 (0.08–0.53), 0.79 (0.64–0.88), 0.27 (0.09–0.56) and 1.07 respectively. In the NEG, 46 (85.19%) had malignant lesions and 8 (14.81%) had benign lesions. Rebiopsy was necessary in 10 (18.52%) patients (95% CI 0.09–0.30). Among the rebiopsied patients, 7 (70.00%) cases were malignant and 3 (30.00%) cases were benign. Rebiopsy data showed no statistically significant difference between EG (malignant lesions: 25.93%) and NEG (malignant lesions: 18.52%) groups.

**Conclusion:** Our results suggest that elastography does not significantly improve overall sampling success or reduce the need for rebiopsy, which aligns with observations reported in the international literature regarding the use of elastography. However, because the study is a small, single-center retrospective analysis, a larger multicenter prospective randomized trials incorporating both quantitative and qualitative assessments are needed.

## 30. CLINICAL UTILITY OF BILIARY CULTURES AND THE IMPACT OF STENT BIOFILMS: A STUDY OF DIAGNOSTIC DISCORDANCE IN A TERTIARY CENTRE

Fürst E.<sup>1,2</sup>, Vánčsa S.<sup>1,2</sup>, Sahin P.<sup>1</sup>, Horváth L.<sup>1</sup>, Hegyi J.<sup>1,2</sup>, Hegyi P.<sup>1,2</sup>, Eröss B.<sup>1,2</sup>

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

**Introduction:** Targeted antimicrobial therapy in biliary tract infections (BTIs) is increasingly complicated by multidrug-resistant organisms (MDROs). While stent cultures are often performed, their clinical utility is debated due to chronic biofilm-mediated colonization.

**Aims:** To evaluate the biliary pathogen spectrum, MDRO prevalence, and the diagnostic yield of bile fluid versus systemic blood and stent cultures in our cohort.

**Methods:** We analyzed data from 456 patients who underwent biliary sampling between January 2023 and December 2025. Pathogen profiles were compared between bile aspirates and stent extracts.

**Results (preliminary):** Biliary cultures showed 98.2% positivity, with 85.7% being polymicrobial (mean: 3.8 species/sample). The primary isolates were *E. coli*, *Enterococcus faecalis*, and *Klebsiella* spp. MDRO prevalence reached 42.5%, and fungal presence (*Candida* spp.) was 30.2%. A significant diagnostic gap was observed: 91.4% of bile-positive cases were blood culture-negative. Crucially, stent cultures showed significant discordance with bile aspirates, primarily representing sessile, biofilm-protected colonization rather than the planktonic pathogens responsible for acute infection. Previous stenting was the strongest predictor for MDRO presence ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Bile cultures show high diagnostic yield in biliary infections, while stent cultures primarily reflect biofilm colonization and demonstrate poor concordance with acute infective pathogens.

### 31. A JAK-GÁTLÓ KEZELÉS RÖVID ÉS HOSSZÚ TÁVÚ KIMENETELÉNEK ÉRTÉKELÉSE REFRAKTER, KÖZÉPSÚLYOS-SÚLYOS COLITIS ULCEROSÁBAN

Gálfalvi N.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1,2</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Pápista M.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1,3</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum; 2. Észak-Pesti Centrumkórház - Honvédkórház, Gasztroenterológia, Budapest; 3. HCEMM-USZ Translational Colorectal Research Group, Szeged

**Introduction:** A Janus-kináz (JAK)-gátlók hatékonyságát középsúlyos-súlyos colitis ulcerosában (UC) számos randomizált klinikai vizsgálat igazolta. Ugyanakkor a biológiai terápiára refrakter betegpopulációban a való életből származó, különösen egyéves utánkövetésre vonatkozó adatok továbbra is korlátozottan állnak rendelkezésre.

**Aims:** Vizsgálatunk célja a tofacitinib (TOFA) és az upadacitinib (UPA) rövid és hosszú távú hatékonyságának értékelése korábban biológiai terápiában részesült, középsúlyos-súlyos colitis ulcerosában szenvedő betegek körében.

**Methods:** Retrospektív kohorszvizsgálatot végeztünk az SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrumában kezelt UC-s betegek adatainak felhasználásával. ¶Az elsődleges végpont a 12. és 52. heti klinikai remisszió volt ( $p_{\text{Mayo}} < 2$ ,  $\text{CRP} \leq 5$  mg/L,  $\geq 30$  nap szteroidmentesség), míg a terápiás választ  $\geq 2$  pontos  $p_{\text{Mayo}}$ -csökkenés és rectalis vérzés alpontszám=0 alapján definiáltuk. A statisztikai elemzés során többváltozós regressziós modelleket alkalmaztunk backward stepwise változókiválasztással a potenciális zavaró tényezők kontrollálása érdekében.

**Results:** Összesen 82 beteg került bevonásra (átlagéletkor  $39,2 \pm 12,7$  év; 53,6% nő; átlagos betegségfennállás  $13,6 \pm 8$  év). TOFA-kezelésben 78 beteg részesült (medián terápiás vonal: 3; ASUC:  $n=13$ ), míg UPA-t 18 beteg kapott (medián terápiás vonal: 5; ASUC:  $n=5$ ).

A  $p_{\text{Mayo}}$  pontszám szignifikáns mértékben csökkent a kiindulástól számított 12. hétre ( $6,33 \pm 2,27$  vs.  $2,32 \pm 2,48$ ;  $p < 0,001$ ) illetve az 52. hétre ( $6,31 \pm 2,24$  vs.  $1,15 \pm 1,78$ ;  $p < 0,001$ ). A CRP szintje szintén jelentős csökkenést mutatott a 12. hétre ( $15,7 \pm 27,1$  vs.  $4,29 \pm 6,36$ ;  $p = 0,02$ ), valamint az 52. hétre ( $15 \pm 27,1$  vs.  $3,92 \pm 5,67$ ;  $p < 0,001$ ).

Intention-to-treat analízis alapján a terápiás válasz aránya TOFA esetén (12. hét: 65,3%; 52. hét: 50%), míg UPA esetén (12. hét: 83,3%; 52. hét: 83,3%).

Az UPA-kezelés magasabb remissziós aránnyal társult a 12. (OR:3,6; 95%CI: 1,07-12,00;  $p=0,03$ ) és az 52. héten (OR:7,5; 95% CI: 1,94-28,99;  $p < 0,001$ ).

A 12. heti klinikai remisszió elérését a kiindulási CRP (OR = 0,95;  $p = 0,02$ ) és a  $p_{\text{Mayo}}$  (OR = 0,77;  $p = 0,05$ ) befolyásolta, míg a kezdeti szisztémás szteroid kezelés szignifikánsan csökkentette a remisszió elérésének esélyét az 52. héten (OR = 0,15;  $p = 0,01$ ).

Kaplan–Meier analízis alapján a JAK-gátló terápián maradás mediánja 23,37 hónap volt (95%CI: 10,39–36,34). A terápia leállítása leggyakrabban primer hatástalanság 13/82 (15,8%), hatásvesztés 28/82 (34,1%) és mellékhatások jelenkezése 5/82 (6%) miatt történt.

**Conclusion:** A JAK-gátlók hatékony terápiás lehetőséget jelentenek refrakter, középsúlyos-súlyos colitis ulcerosában, tartós klinikai javulást biztosítva egyéves utánkövetés során is. Az upadacitinib alkalmazása magasabb remissziós aránnyal társult.

### 32. PREVENCIÓ ÉS EGÉSZSÉGTUDATOSSÁG GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK KÖRÉBEN - ORSZÁGOS KERESZTMETSZETI VIZSGÁLAT

Gálfalvi N.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1,2</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Halász R.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Pápista M.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1,3</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum, Szeged; 2. Észak-Pesti Centrumkórház - Honvédkórház, Gasztroenterológia, Budapest; 3. HCEMM-USZ Translational Colorectal Research Group, Szeged

**Introduction:** Gyulladásos bélbetegség (IBD) esetén az elhúzódó inflammatorikus állapot, valamint az immunszuppresszív kezelések alkalmazásának következményeként fokozott a fertőzések és társbetegségek, különösen bizonyos malignus megbetegedések előfordulásának kockázata.

**Aims:** Vizsgálatunk célja volt felmérni az IBD-vel diagnosztizált betegek részvételi hajlandóságát az Európai Crohn és Colitis Társaság (ECCO) által ajánlott szűrővizsgálatokon és védőoltásokon, valamint azonosítani a részvételt befolyásoló tényezőket.

**Methods:** Vizsgálatunkba Magyarországon élő felnőtt ( $\geq 18$  év) IBD-s betegeket vontunk be 2025 márciusa és júniusa között. Az adatgyűjtés anonim módon, online kérdőív segítségével történt, amely a demográfiai- és betegség-specifikus jellemzőkre valamint az ajánlott szűrővizsgálatok és védőoltások igénybevételére terjedt ki. Az összefüggések elemzésére regressziós modelleket alkalmaztunk. ¶**Results:** Összesen 341 beteg került bevonásra (nők: 68,3%; átlagéletkor:  $43,9 \pm 12,6$  év), a betegségfennállási idő átlaga  $15,24 \pm 10,33$  év volt. A résztvevők 73,6%-a kapott immunterápiás készítményt a bevonás idején, melyből 228 személy biológiai terápiában részesült.

Az ajánlott szűrővizsgálatokon a rendszeres részvételi arány a következő volt: csontsűrűség vizsgálat (DEXA) 41%, fogászati szűrés 44,2%, tüdőszűrés 42,5%, bőrrákszűrés 17%, méhnyakrákszűrés 39%, emlőrákszűrés 21,5%. Férfiak esetén az urológiai szűrővizsgálati arány 61% volt.

Az immunmodulátor terápiában részesülő betegek alacsonyabb arányban vettek részt bőrgyógyászati szűrővizsgálaton (OR: 0,52; 95% CI 0,27-0,97;  $p=0,04$ ), ugyanakkor nagyobb arányban vettek részt DEXA-vizsgálaton (OR: 2,54; 95%CI 1,15-5,63;  $p=0,02$ ).

A tüdőszűrően való részvételt szignifikánsan befolyásolta a biológiai terápiában részesülés (OR: 2,08; 95%CI:1,27-3,39;  $p<0,001$ ), valamint a családi kórelőzményben szereplő malignitás (OR: 1,79; 95%CI:1,11-2,88;  $p=0,01$ ).

A korábban malignus betegségben szenvedők körében a TNF-alfa-gátlók alkalmazása szignifikánsan alacsonyabb volt (OR 0,15; CI 0,03-0,70;  $p=0,01$ ). A humán papillomavírus, influenza és pneumococcus elleni oltások, továbbá a hepatitis B elleni emlékeztető oltás esetében az átoltottsági arány 25% alatti volt. Az influenzaoltásban részesülés valószínűsége szignifikánsan magasabb volt a társbetegséggel rendelkezőknél (OR 1,98; CI 1,04-3,76;  $p=0,03$ ).

A kitöltők 83,6%-a szeretne részletes tájékoztatást kapni az oltásokról és szűrővizsgálatokról, 43,4%-uk ( $n=148$ ) elsősorban gastroenterológus kezelőorvosától.

**Conclusion:** A vizsgált betegpopulációban az ajánlott védőoltások felvétele és a szűrővizsgálatokon való részvételi arány alacsonynak bizonyult. A társbetegségek jelenléte pozitívan befolyásolta ezt az arányt.

A hatékony prevenció érdekében a betegdukáció fejlesztése elengedhetetlen.

### 33. OPTIMIZATION OF HELICOBACTER PYLORI ERADICATION WITH PROBIOTICS AND BISMUTH: A REAL-WORLD RETROSPECTIVE ANALYSIS

Gelley A.<sup>1</sup>, Kéri N.<sup>2</sup>, Birinyi P.<sup>3</sup>, Komka K.<sup>4</sup>, Hardy V.<sup>1</sup>, Döngölő L.<sup>1</sup>, Szeli D.<sup>1</sup>, Nagy E.<sup>5</sup>, Takács E.<sup>6</sup>, Czegele I.<sup>7</sup>

1. Center of Internal Medicine Buda Hospital of the Hospitaller Order of Saint John of God, Budapest, Hungary; 2. Department of Intensive Therapy, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Pharmacodynamics, Faculty of Pharmacy, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Chemical and Environmental Process Engineering, Faculty of Chemical Technology and Biotechnology, Budapest University of Technology and Economics, Budapest, Hungary; 5. Central Laboratory Buda Hospital of the Hospitaller Order of Saint John of God, Budapest, Hungary; 6. Department of Nuclear Medicine Buda Hospital of the Hospitaller Order of Saint John of God, Budapest, Hungary; 7. Department of Internal Medicine and Hematology, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** The eradication of *Helicobacter pylori* is increasingly challenged by rising clarithromycin resistance. Although current guidelines recommend bismuth-based quadruple therapy, its availability remains limited in several regions. The adjunctive role of probiotics is still not fully clarified.

**Aims:** To evaluate eradication success across different treatment regimens, durations, and adjunctive therapies (bismuth and probiotics) in a real-world setting.

**Methods:** We performed a retrospective analysis of patients treated for *H. pylori* infection at the Buda Hospital of the Hospitaller Order of Saint John of God between 2016 and 2024. A total of 402 patients were included. Six eradication protocols were compared across 7-, 10-, and 14-day treatment durations. The impact of antibiotic regimens (clarithromycin- vs. tetracycline-based), as well as bismuth and probiotic supplementation, was assessed. **Results:** Fourteen-day regimens achieved significantly higher eradication rates compared to shorter treatments. No significant difference was observed between clarithromycin-

and tetracycline-based therapies when appropriate adjunctive treatments were applied. Probiotic supplementation significantly improved eradication rates, particularly in 14-day and bismuth-containing regimens. Bismuth alone did not significantly enhance the efficacy of clarithromycin-based therapy; however, its combination with probiotics resulted in a significant improvement. No differences were found among various bismuth formulations. The combination of *Lactobacillus reuteri* (ATCC PTA 6475 and DSM 17938) showed particularly favorable outcomes. **Conclusion:** A 14-day eradication regimen supplemented with bismuth and probiotics significantly improves treatment success. In the absence of tetracycline, clarithromycin-based therapy with appropriate adjunctive supplementation represents an effective alternative. Further prospective studies are warranted.

### 34. MICROBIOLOGY OF INFECTED WALLED-OFF PANCREAS NECROSIS – A SINGLE CENTER RETROSPECTIVE STUDY

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

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

**Introduction:** Walled-off pancreas necrosis (WON) is a highly morbid, late complication of acute necrotizing pancreatitis. WON is most effectively managed by antibiotics and endoscopic ultrasound (EUS)-guided drainage. Only a few publications are known about microbiological findings of patients with infected WON.

**Aims:** Our aim was to assess the microbiological data of patients who underwent EUS-guided drainage of WON at the University of Szeged.

**Methods:** A retrospective review was conducted of patients with symptomatic WON underwent EUS-guided drainage at our department between September 2017 and March 2026. Microbiological samples, antibiograms, length of hospital stay were analysed.

**Results:** 41 patients (21 male, 20 female,  $60.4 \pm 15.3$  years) underwent EUS-guided WON drainage performed by self-expandable metal stents. 43.9% (18/41) of the WONs were drained because of clinical/CT signs of infections. The technical and clinical success rates were 97.6% (40/41) and 87.5% (35/40). Bacteriology sample was collected from 73.2% of patients (30/41) during the drainage and 90% (27/30) of them were positive. A single microbial species was found in eight patients (29.6%), two species were found in five patients (18.5%), three in seven patients (25.9%), four in two patients (7.4%) and five or more species in five patients (18.5%). Four species were Extended-Spectrum Beta-Lactamase bacteria. The most frequent pathogens were Enterobacteriaceae (50%), Enterococci (36.7%) and Pseudomonas species (36.7%). All patients received empirical antibiotics for averagely 9.0 (1-22) days prior to the drainage. The most frequently applied antibiotic was imipenem/cilastatin. 36,7% (11/41) of patients developed fungal and 22.0% (9/41) Clostridium difficile infection.

**Conclusion:** Acquiring microbiology samples is recommended during the drainage of infected WON in order to have a persistent microbiological evaluation and selecting targeted antibiotic treatment. The majority of organisms isolated were from the intestinal tract. Antibiotics should be discontinued if they are not needed and timely intervention should be applied to avoid possible complications.

**35. TAPASZTALATAINK GUSELKUMAB TERÁPIÁVAL**

Golovics P.<sup>1</sup>, Demeter D.<sup>1</sup>, Tarián D.<sup>1</sup>, Füst E.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>  
1. Semmelweis Egyetem - Pancreas Betegségek Intézete

**Introduction:** Az elérhető biológiai terápiák száma fokozatosan emelkedik, de a legújabb kezelések csak korlátozottan érhetőek még el, NEAK engedély birtokában.

**Aims:** Tanulmányunkban az ambulancánkon gondozott 9 (7 ffi és 2 nő) guselkumabbal kezelt Crohn- beteg adatait dolgoztuk fel retrospektíven.

**Methods:** A betegek demográfiai és betegségaktivitási adatait gyűjtöttük össze, majd elemeztük ki.

**Results:** Minden beteg túl van az első 3 indukción (0,4,8 hét 400mg sc inj) és az első fenntartó (8 hetente 100mg sc inj) kezelésen. Az első biológiai terápiáig eltelt idő átlagosan 6 év volt a diagnózistól. A 9 betegből 8 már legalább 1 nagy hasi műtéten átesett, az első műtéti eltelt idő a diagnózistól átlagosan 5,4 év volt. A betegek negyed vagy ötöd vonalban kaptak guselkumab kezelést. A kezelés kezdetekor a CDAI 325 volt, az első fenntartó kezelésnél 72. A CRP átlagosan 8,7-ről 4,5-re csökkent. Az első indukciókor mindenki szteroid kezelésen volt az első fenntartó kezelésnél már csak 2-en használtak alacsony dózisu szteroidot reumatológiai indikációval.

**Conclusion:** Összefoglalásként elmondható, hogy a subcutan guselkumab egy könnyen használható, gyorsan ható gyógyszeres kezelés, ami még utolsó vonalban is jelentős javulást hoz a betegek többségének az életében.

**36. AMIKOR A KRÓNIKUS HASI FÁJDALOM VASZKULÁRIS EREDETŰ: DUNBAR – SZINDRÓMA, MINT DIAGNOSZTIKAI KIHÍVÁS**

Halász A.<sup>1</sup>, Bujáki Z.<sup>2</sup>, Kiss E.<sup>2</sup>, Reich V.<sup>3</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>

1. Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászati Osztály; 2. Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Radiológia; 3. Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Általános Sebészeti Osztály

**Bevezetés:** A krónikus, étkezéssel összefüggő hasi fájdalom differenciáldiagnosztikája során a gasztrointesztinális kivizsgálás részeként gondolnunk kell a vaszkuláris kompressziós szindrómákra is. A Dunbar-szindróma (truncus coeliacus kompressziós szindróma) a ligamentum arcuatum medianum okozta érszűkület, melynek felismerése a nem specifikus tünettan miatt gyakran jelentősen késik.

**Esetbemutató:** A 68 éves nőbeteg anamnézisében 10 éve obstruktor vérzés mögött diagnosztizált vékonybél-teleangiectasiák szerepeltek. A beteget jelenleg étkezést követően jelentkező hasi fájdalom miatt vizsgáltuk, ami tejtermékek fogyasztása után kifejezettebb volt, de a tejmentes diéta nem szüntette meg. Hasi-UH vizsgálat a bal kolfél falmegvastagodását írta le. Endoszkópos vizsgálatok (gastroscopia, colonoscopia) érdemi magyarázó kórokat nem igazoltak, enyhe reflux mutatkozott. A laboratóriumi vizsgálatok stagnáló vashiányos vérszegénységet jeleztek (Hgb:114 g/l, MCV: 78 fl), amelyet noha okkult gasztrointesztinális vérzést nem detektáltunk, az ismert teleangiectasiae-nak tulajdonítottunk. A diagnosztikus kivizsgálás során a fizikális vizsgálat negatív volt, székettenyésztés infekciót nem támogatott, ételallergiát, coeliakiát kizártunk. Konzervatív terápia (diéta, PPI-csere, metronidazol, rifaximin) hatástalannak bizonyult. Végül has és kismencede 3 fázisú intravénás és orális kontrasztanyaggal végzett CT-vizsgálata mutatta ki a truncus coeliacus subtotalis kompresszióját, azaz a Dunbar-szindrómát. A betegnél laparascopos sebészi dekompreszió történt, mely során a truncus coeliacus falán

markáns, homokóraszerű stenosis volt látható, ami a krónikus mechanikai leszorítás direkt következménye. A műtét után az étkezés követő hasi fájdalom lényegében megszűnt.

**Megbeszélés:** A Dunbar-szindróma diagnózisa esetünkben is jelentős differenciáldiagnosztikai kihívást jelentett a fennálló, egymást fedő klinikai tünetek maszkírozó hatása miatt. A kórkép valódi klinikai relevanciáját a műtéti lelet és a panaszok azt követő jelentős csökkenése támasztotta alá. Ez igazolja, hogy a panaszok hátterében valódi anatómiai obstrukció állt, ugyanakkor felhívjuk a figyelmet, hogy a leszorítás a jellemző tünet nélkül is előfordul.

**Következtetés:** Krónikus, terápiára rezisztens hasi fájdalom esetén, ha a rutin gasztroenterológiai kivizsgálás negatív, gondolnunk kell vaszkuláris eredetű kompresszióra is. A Dunbar-szindróma diagnózisának felállításához elengedhetetlen a képalkotó (CT-angiográfia) vizsgálat, a definitív megoldást pedig a sebészi dekompreszió jelentheti.

**37. THE OCCURRENCE OF NON-SIGNIFICANT AND SIGNIFICANT LIVER ENZYME ABNORMALITIES ASSOCIATED WITH JAK INHIBITOR THERAPY IN IBD – PRELIMINARY RESULTS OF A MULTICENTRIC, OBSERVATIONAL STUDY**

Halász R.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Kókai-Wolgard A.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Iványi E.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Gálfalvi N.<sup>1</sup>, Pálista M.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Department of Internal Medicine - Center for Gastroenterology, University of Szeged

**Introduction:** Janus kinase (JAK) inhibitors are part of the new therapeutic arsenal in inflammatory bowel diseases (IBD), as they are structurally different from biological therapies resulting in a rapid onset action, short half-life, lack of immunogenicity. Given the pharmacokinetics of tofacitinib (TOFA), upadacitinib (UPA) and filgotinib (FILGO), they carry different potential for hepatotoxicity.

**Aims and methods:** In this retrospective, multicenter, international, observational study we aimed to assess the occurrence of liver enzyme abnormalities, especially the incidence of significant liver enzyme elevations among adult IBD patients receiving JAK inhibitor therapy. We also aimed to analyze the temporal pattern of transaminase elevation during therapy and its distribution across JAK inhibitor subtypes. A threefold increase in ALT levels above normal was considered significant in patients without pre-existing liver enzyme abnormalities or liver disease at the start of JAK inhibitor therapy, whereas in patients with elevated baseline liver enzymes or with a history of liver disease the same endpoint was defined as a two- or threefold increase of ALT based on the initial serum level. Patient enrollment is expected to be completed in April 2026. Once patient recruitment is finished, we also intend to identify factors predictive for significant transaminase elevations. The preliminary results present the characteristics of the patients included so far, as well as data on the prevalence of significant and non-significant elevations in liver enzymes with JAK inhibitor therapy.

**Results:** To date, data from a total of 520 patients in a total of 7 countries have been analyzed (60.0% male; mean age: 42±14 years; 364/520 (70%) UC). 155/520 (29.8%) patients were treated with panJAK inhibitor TOFA, while 365/520 of the patients received a selective JAK inhibitor, either UPA (327/520; 63.0%) or FILGO (38/520; 7.3%). 38/520 (7.3%) of the enrolled patients had pre-existing liver disease, of which 29/38 (76%) had Primary Sclerosing Cholangitis (PSC) and 9/520 (1.7%) patients showed Hepatitis B core antigen

positivity. At JAK inhibitor therapy initiation, 33/520 (6.3%) of the included patients had liver enzyme abnormalities. Treatment discontinuation was seen in 161/520 (30.9%) of the patients, most often as a result of loss of response (87/520, 16.7%), while rarely being inevitable due to significant liver abnormalities (1/520, 0.2%) or other adverse events (19/520, 3.6%). Non-significant liver enzyme elevation was documented in 85/520 (16.3%) of the cases, and was observed predominantly in patients treated with TOFA (32/155, 20.6% vs. UPA: 48/327, 14.7% vs. FILGO: 5/38, 13.1%). A significant elevation in liver enzymes was detected in only 4.8% (25/520) of the patients.

**Conclusion:** Based on our preliminary results, liver enzyme abnormalities may occur in nearly one-fifth of patients receiving JAK inhibitor therapy, potentially leading to dose adjustment or even the need to treatment discontinuation.

### 38. EXTRAPULMONÁLIS TUBERCULOSIS NYIROKCSOMÓ-ÉRINTETTSÉGGEL ÉS TRACHEOESOPHAGEALIS FISTULA KIALAKULÁSÁVAL –

Hamvas J.<sup>1</sup>, Gungl T.<sup>1</sup>, Tomolák L.<sup>1</sup>, Cserháti L.<sup>1</sup>

1. Budapesti Péterfy Sándor utcai Kórház Gasztroenterológia

A tuberculosis kórokozója a *Mycobacterium tuberculosis* komplex. Ezen belül a legtöbb humán megbetegedésért a *M.tuberculosis* felelős. Világszerte jelentős morbiditással és mortalitással járó fertőző betegség, mely nagy százalékban a tüdőt betegíti meg, de extrapulmonális megjelenési formái diagnosztikai kihívást jelenthetnek, különösen alacsony incidenciájú országokban.

Az extrapulmonális tuberculosis érintheti a gastrointestinalis rendszert, hepatobiliáris rendszert (intestinális/abdominális tbc), a peritoneumot és a nyirokcsomókat (tuberculosis lymphadenitis), és gyakran malignus folyamatot utánoz. Egy Indiából származó, fiatal férfi esetét ismertetjük, akinél mediastinalis és cervicalis necroticus nyirokcsomó-konglomerátum, gastrointestinalis érintettség és tracheoesophagealis fistula alakult ki. A diagnózist szövettani vizsgálat és PCR alapú mikrobiológiai kimutató igazolta. A fistulát öntáguló nyelőcső fémsztettel hidaltuk át. A beteg a további kezelésekre visszautazott hazájába. Az eset rávilágít az extrapulmonális tuberculosis differenciáldiagnosztikai jelentőségére, különösen endémiás területről (India, Kína, Fülöp-szigetek, Indonézia, Pakisztán) érkező betegek esetében

### 39. PCNA EXPRESSION DIFFERENCE AS A HIGH RISK ONCOLOGIC BIOMARKER: A CLINICALLY ACTIONABLE PREDICTOR OF RECURRENCE AND CHEMOTHERAPY NEED IN COLORECTAL CANCER

Harisi R.<sup>1,2,3</sup>, Járav B.<sup>4</sup>, Sallai E.<sup>3</sup>, Szijártó A.<sup>5</sup>, Jeney A.<sup>1</sup>

1. 1st Institute of Pathology and Experimental Cancer Research, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Oncology, DPC-OHII, Budapest, Hungary; 3. Department of Clinical Studies, Faculty of Health Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Pathology, Forensic and Insurance Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Background:** Effective postoperative risk stratification in colorectal cancer (CRC) remains a central challenge in clinical oncology, particularly for patients with intermediate-risk disease where the indication for adjuvant

chemotherapy is not always straightforward. Proliferating cell nuclear antigen (PCNA) reflects tumor cell replication, yet its isolated expression has limited prognostic value. The difference in PCNA expression between neoplastic tissue and adjacent normal mucosa — PCNA expression difference (PCNA-ED) — may better capture the biological aggressiveness that drives recurrence and early systemic spread.

**Aim:** To determine the clinical relevance of PCNA-ED across the adenoma–carcinoma sequence and evaluate its utility as a prognostic and therapeutic decision-support biomarker in colorectal cancer.

**Patients and Methods:** A total of 430 colorectal lesions were examined, including 63 non-neoplastic epithelial polyps, 211 adenomas, and 156 adenocarcinomas, each paired with adjacent normal mucosa. PCNA-ED was quantified and correlated with key oncologic endpoints: recurrence, liver metastasis, 3-year mortality, and pathological risk factors (invasion depth, lymph node involvement, venous invasion, Dukes/Astler–Coller stage).

**Results:** PCNA-ED demonstrated strong predictive value for clinically significant outcomes. All patients with high PCNA-ED developed recurrence within 12 months, indicating a highly aggressive tumor phenotype. PCNA-ED was significantly elevated in Dukes C–D compared with Dukes B tumors. High PCNA-ED correlated with deep mural invasion, lymph node positivity, and venous invasion, all of which guide adjuvant therapy decisions. Liver metastases occurred exclusively in high PCNA-ED cases, suggesting early systemic dissemination. Patients who died within 3 years uniformly exhibited elevated PCNA-ED.

**Conclusion:** PCNA-ED is a clinically meaningful biomarker that reflects the proliferative gradient driving colorectal tumor progression. It reliably identifies patients at high risk of recurrence and metastasis, particularly within the Astler–Coller B2 subgroup, where treatment decisions are often ambiguous. High PCNA-ED supports the indication for adjuvant chemotherapy in these patients, even when conventional pathology suggests only intermediate risk. Incorporating PCNA-ED into routine histopathological evaluation may significantly enhance personalized postoperative management and improve oncologic outcomes in colorectal cancer.

### 40. RETROSPEKTÍV TESTÖSSZETÉTEL-ANALÍZIS FALLAL KÖRÜLVETT PANKREÁSZ NEKRÓZISBAN (WOPN) SZENVEDŐ BETEGEKNÉL EGY TERCIER CENTRUMBAN

Horváth L.<sup>1</sup>, Havelda L.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Pankréász Betegségek Intézete; 2. Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék

**Introduction:** A módosított Atlanta-klasszifikáció szerint a fallal körülvett („walled-off”) pankréász nekrozis (WOPN) egy éret, demarkált nekrotikus gyűlem, amely az akut nekrotizáló pankreatitisz (AP) kialakulását követően  $\geq 4$  héttel alakul ki. Az összes AP-eset 1–9%-ában, a súlyos eseteknek pedig akár 15%-ában fordul elő.

**Aims:** A WOPN-ben szenvedő betegek testösszetételének elemzése az intézetünkben elérhető diagnosztikai eszközökkel.

**Methods:** Retrospektíven gyűjtöttük össze 64, 2022 májusa és 2025 novemberé között kezelt WOPN-beteg demográfiai és antropometriai adatait: súly, magasság, BMI, bioelektromos impedancia analízis (BIA), kézi szorítóerő-mérés (dinamometria) és a Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) szűrőteszt eredményeit. A kezelés típusa

alapján két csoportot alakítottunk ki: endoszkópos ultrahang (EUH) vezérelt lumen-összetartó fém sztent (LAMS) beültetés (n=42), illetve konzervatív kezelés (n=22). A testösszetétel és a malnutríció kockázatát vizsgáltuk.

**Results:** : A 64 beteg közül 41 (64,06%) volt férfi (LAMS csoport: 66,67%; konzervatív csoport: 59,09%). A medián életkor 54,5 év volt (56,5 vs. 50,5). BIA mérés 21 LAMS (50%) és 12 konzervatív (54%) betegnél történt. Az átlagos extracelluláris víz (ECW) arány 0,396 vs. 0,388 volt; a LAMS-betegek 67%-ánál, míg a konzervatíván kezelt betegek 50%-ánál mértünk emelkedett ECW-szintet. Ez tükrözi a folyadékgyülemek jelenlétét, amelyek torzították a BIA-alapú izomparamétereket (FFMI, SMI, vázizomtömeg), így a BIA megbízhatatlannak bizonyult WOPN esetén. A szorítóerőt 11 LAMS-betegnél vizsgáltuk: 82%-uknál gyenge, 18%-uknál normál értéket mértünk. A 16 konzervatíván kezelt beteg közül 31% gyenge, 44% normál és 25% erős szorítóerővel rendelkezett. A MUST-pontszámok rosszabb tápláltsági állapotot mutattak a LAMS-csoportban (n=32): 41% alacsony, 13% közepes, 47% magas kockázat; a konzervatív csoportban (n=21) 76% alacsony, 10% közepes és 14% magas kockázatot találtunk. Összességében a LAMS-os betegek általános állapota rosszabb, izomerejük gyengébb, malnutríciós kockázatuk magasabb volt, ami a hosszabb hospitalizációval és a csökkent mértékű táplálkozással függhet össze.

**Conclusion:** A WOPN-betegek – főleg a LAMS-csoport – malnutríció és szarkopénia szempontjából magas kockázatúak, szoros monitorozást igényelnek. Mivel a folyadékgyülemek rontják a BIA pontosságát, a CT-alapú testösszetétel-meghatározás megbízhatóbb módszer. A kezelés multidiszciplináris szemléletet igényel, további randomizált vizsgálatok szükségesek a stratégiák finomításához.

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

Horváth D.<sup>1</sup>, Brand T.<sup>1</sup>, Lázár B.<sup>1</sup>, Sahin P.<sup>1</sup>, Eröss B.<sup>1,2</sup>, Hegyi P.<sup>1,2</sup>

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

**Introduction:** Walled-off pancreatic necrosis (WOPN) is a severe complication of acute pancreatitis with high associated morbidity and mortality. While surgical necrosectomy has traditionally been the standard, it carries significant risks. The current trend favors minimally invasive endoscopic techniques like direct transluminal endoscopic necrosectomy (DEN), often using lumen-apposing metal stents (LAMS). Given its growing adoption, a rigorous assessment of DEN's clinical outcomes and safety profile in experienced centers is crucial to validate its role in patient management.

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

**Methods:** Between October 2021 and October 2025, we performed a total of 3337 endoscopic procedures, including 1705 EUS examinations. During this period, a total of 75

WOPN cases were identified, comprising 40 LAMS insertions, 11 conventional double pigtail plastic stent insertions, and 24 cases of spontaneous regression.

This single-center retrospective analysis encompasses patients with pancreatic WOPN who underwent DEN at Semmelweis University between May 2022 and Oct 2025. The procedures were performed by three seasoned specialists in EUS. Comprehensive data on patient demographics, procedural specifics, and follow-up outcomes were collected, with adverse events classified according to the AGREE criteria.

**Results:** We successfully placed LAMS in 40 patients (65,0% female, average age 55,9 years, SD 15,41). The primary indications for intervention included the dimensions of WOPN, exacerbation of gastric outlet obstruction, and signs of infection. The mean dimensions of WOPN were recorded as 104 mm in the anteroposterior direction (SD 54,0), 96,7 mm laterolateral (SD 46,6), and 104,9 mm craniocaudal (SD 53,0), with a predominant occurrence in the head of the pancreas (60%). Biliary reasons (42,3%) and alcohol consumption (38,5%) emerged as the leading etiological factors for WOPN in male patients and biliary causes were identified in 85,7% of female patients.

In total, we conducted 111 DEN procedures across the 40 patients (26 males and 14 females). The average number of DEN sessions was three for both male and female groups (range: 0-7). The technical success rate achieved was 100%, accompanied by a clinical success rate of 97%. Six of the 40 patients required intensive care. Four of these six patients needed surgical intervention due to complications from endoscopic necrosectomy, including bleeding and perforation. Unfortunately, one patient succumbed to multiorgan failure. To enhance the resolution of infection between DEN sessions, we employed 7 Fr/250 cm nasocystic tubes for irrigation of the WOPN with a saline solution in 36 patients, with no adverse events reported as a result of this intervention.

**Conclusion:** DEN can be performed safely in experienced medical centers and demonstrates a high success rate in the treatment of infected WOPN, effectively alleviating symptoms and decreasing enzyme levels.

#### 42. PROTECTIVE EFFECTS OF METHYLENE BLUE ON PMCA FUNCTION IN ALCOHOL-RELATED PANCREATITIS AND HEPATITIS

Horváth Z.<sup>1,2</sup>, Madácsy T.<sup>1,2,3</sup>, Kiss A.<sup>1,2</sup>, Susánszki P.<sup>1,2</sup>, Molnár T.<sup>1,2</sup>, Csákány-Papp N.<sup>1,2</sup>, Görög M.<sup>1,2</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. Department of Internal Medicine, University of Szeged; 2. USZ-Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary; 3. Department of Public Health, University of Szeged

**Introduction:** Excessive alcohol consumption is a major risk factor for diseases affecting multiple organs, particularly the pancreas and liver. Alcohol-induced acute pancreatitis (AP) and alcoholic hepatitis (AH) represent severe clinical conditions with limited therapeutic options. Ethanol and fatty acids disrupt the function and expression of the cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR), a key epithelial ion channel responsible for maintaining fluid and ion homeostasis. This dysfunction destabilizes the CFTR–plasma membrane Ca<sup>2+</sup>-ATPase (PMCA)–calmodulin complex, impairing intracellular Ca<sup>2+</sup> extrusion and resulting in toxic Ca<sup>2+</sup> overload. Pharmacological approaches targeting the restoration of epithelial Ca<sup>2+</sup> homeostasis may provide therapeutic benefit. Methylene blue (MB), an antioxidant that modulates intracellular Ca<sup>2+</sup> dynamics, may

enhance PMCA-mediated protection in alcohol-induced pancreatic and liver injury.

**Aims:** Our study aimed to investigate the effects of MB on PMCA function and to evaluate its protective role in experimental models of alcohol-induced pancreatic and liver injury.

**Methods:** The effects of MB were examined in human and mouse pancreatic ductal organoids and mouse liver organoids (hPO, mPO, mLO). Cellular injury was induced by a 24-hour treatment with ethanol (100 mM) and palmitic acid (200  $\mu$ M). Functional and structural analyses included microfluorimetry for  $Ca^{2+}$  measurements, immunofluorescence for protein localization, quantitative PCR for gene expression, and mitochondrial membrane potential assays using TMRM and JC-10 dyes. Cell viability was assessed using a 3D cytotoxicity assay.

*In vivo*, acute pancreatitis was induced by ethanol (EtOH) and palmitoleic acid (POA) administration, while alcoholic hepatitis was modeled using a Lieber–DeCarli ethanol diet combined with binge alcohol exposure. Disease severity was evaluated by histological analysis, Oil Red O staining, and serum biochemical markers.

**Results:** MB treatment significantly enhanced PMCA-mediated  $Ca^{2+}$  extrusion in all organoid models following EtOH-POA exposure. This improvement was associated with increased apical localization of PMCA4, suggesting enhanced functional activity at the plasma membrane. Mitochondrial membrane potential measurements demonstrated that MB preserved mitochondrial integrity under stress conditions. In contrast, gene expression analysis showed no significant changes in CFTR, PMCA4, or ORAI1 levels, indicating that MB primarily exerts its effects through functional modulation rather than transcriptional regulation.

*In vivo*, MB markedly reduced pancreatic injury in the AP model reflected by decreased serum amylase levels and improved histopathological scores. Similarly, in the AH model, MB treatment resulted in lower serum ALT and AST levels and reduced hepatic lipid accumulation.

**Conclusion:** Methylene blue exerts protective effects against ethanol- and fatty acid-induced pancreatic and liver injury by improving PMCA-dependent  $Ca^{2+}$  extrusion, enhancing its apical localization, and preserving mitochondrial function. These findings highlight MB as a promising candidate for targeting epithelial  $Ca^{2+}$  dysregulation in alcohol-related diseases, although further studies are required to confirm its translational potential.

#### 43. NEHÉZ MINOR PAPILLA KANÜLÁLÁS ÉS SPHINCTEROTOMIA – EGYEDI MEGOLDÁS

Horváth M.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Bevezetés:** A pancreas divisum kapcsán kialakuló pancreas nedv elfolyási zavar hasi panaszokat, recidív pancreatitiseket okozhat, idült pancreatitishez vezethet. Megoldást jelenthet az endoscopus minor papillotomia illetve sphincteroplastica esetleges stentelés. Bár többféle kanülálási lehetőség van, a gyakran rosszul vizualizálható minor papilla, annak pozíciója és a szűk szájadék ezt jelentősen nehezíti. Video prezentációkkal egy recidív akut pancreatitis háttérben igazolt részleges pancreas divisum esetén alkalmazott egyedi kanülálási és elővágási technikát mutatunk be.

**Eset:** A 69 éves férfi beteget, akinek előzményeiben cholecystectomy, stroke, vesedaganat szerepel, 2024 óta recidíváló akut pancreatitis miatt kezelték több ízben társintézményben. 2025 júliusi CT vizsgálat idült caclifikáló

pancreatitist igazolt, tág vezetékkel. 2025 augusztusi MRCP vizsgálat pancreas divisumot mutatott. ERCP történt, a pancreas vezetékét nem kanülálták.

A beteget referálás alapján pancreas nedv elfolyási zavar endoscopus megoldása céljából vettük fel 2025 októberében. A vizsgálat során a major papilla felől kanülálva a vezetődrt rendszeresen a Santorini vezetéken keresztül anterográd úton a minor papillán át a duodenum lumenében visszajutott. A minor papilla felől végzett kanülálás ennek ellenére több ízben sikertelen volt. A helyzet megoldására a vezetődrt segítségével a papillotomiát képerősítő kontroll mellett anterográd úton a minor papillán át a duodenum lumenébe vezetjük, majd szemkontroll mellett a vágóéllal kis elővágást ejtettünk 5 óra irányába. Ezt követően a minor papilla kanülálás sikeres volt, a szájadékot ballonnal tágítottuk, a vezetékben lévő törmelékelt eltávolítottuk, és 10 Fr-es endoluminaris stentet helyeztünk be. A beteget szövödménymentesen emittáltuk. Azóta is panaszmentes. A stent revízió áprilisban esedékes.

**Konklúzió:** Esetünkben a minor papilla anterográd kanülálást és az egyedi elővágást a részleges pancreas divisum mellett fennálló vezeték kommunikáció tette lehetővé. Az esetünkkel a minor papilla kanülálási nehézségeire hívjuk fel a figyelmet valamint, az irányelvekkel összhangban a tapasztalatot igénylő haladó technika centrumban történő elvégzését emeljük ki.

#### 44. NEHÉZ EPEÚTI KÖVESSÉG PRAKTIKUS MEGOLDÁSA

Horváth M.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Pekli D.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Bevezetés:** A nehéz („difficult”) epeúti kövesség definíciója nem egységes. A nemzetközi irányelvek, elsősorban a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) és az American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) ajánlásai alapján nehéz epeúti kövességről beszélünk, ha a kő mérete (általában >15 mm), száma, impaktáltsága, illetve az epeutak anatómiai viszonyai vagy a beavatkozás technikai körülményei miatt a standard endoszkópos köeltávolítás nehéz vagy sikertelen. Sikertelen primer ellátás esetén megoldásában endoscopus centrumok bevonása célszerű sebészeti ellátás előtt.

**Eset:** A 27 éve cholecystectomián átesett 71 éves nőbetegnél 2023-ban obstrukciós icterus háttérben epeúti kövesség igazolódott MRCP alapján. Területi intézményben ERCP, EST, 8x3 cm-es öntvényyszerű kő miatt endobiliaris stent került behelyezésre. Intézményünkben choledochotomia, epeúti kövek eltávolítás történt. 2025 novemberben ismételtan obstrukciós icterus alakult ki. ERCP során 2x3 és 1.5x1.5 cm-es kövek miatt endobiliaris stent behelyezés történt. MRCP malignitást, szűkületet nem igazolt 3 db kb. 20 mm-es kőnek megfelelő eltérést igazolt. Ismételt műtéti megoldás céljából küldték sebészeti szakrendelésünkre, ahonnan referelésra került.

2026 márciusában vettük fel nehéz epeúti kövesség endoscopus megoldása céljából. ERCP során a kb. 20-25 mm tág epeútban 20x30 és 15x15 mm-es köveket észleltünk. Az EST inkomplett volt, melyet jelentősen lehetett bővíteni, a belső részlegesen intakt izom miatt CRE ballonos sphincteroplasticás végeztünk 18 mm-es ballonnal. Ezt követően kőelhúzó ballonnal a 15 mm-es distalis képletet távolítottuk el, mely epesárral összetapadt kisebb kövek egyvelegének bizonyult. Erre tekintettel ismételt ballonos áthúzásokat végeztünk, mely során a mérete miatt el nem távolíthatóknak tűnő 20x30 mm-es képlet szétesett, bőséges

mennyiségű epesár és kövek távoztak. A beavatkozást szövödmény nem kísérte.

**Konklúzió:** Az eset videobemutatásának célja az endoscopus lehetőségek demonstrálása nagyméretű, nehéz epeúti kövesség esetén, hangsúlyozva a komplett sphincterotomia, a CRE ballonos sphincteroplastica jelentőségét, valamint az epeúti kövek eltávolíthatóságának „tesztelését”, kőelhúzó ballonnal, mellyel a kő és akcesszor impaktáció elkerülhető.

#### 45. MEGTAGADHATÓ A KEZELÉS?

Iliás Á.<sup>1</sup>, Gönczi L.<sup>1</sup>, Menyhárt O.<sup>2</sup>, Ungváry B.<sup>3</sup>, Miheller P.<sup>2</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem Sebészeti Transzplantációs és Gastroenterológiai Klinika; 3. Ungváry Botond Ügyvédi Iroda

**Introduction:** A gyulladással járó bélbetegségek kezelése alapjaiban változott meg az elmúlt 20 év során. A fejlett terápiák elterjedése háttérbe szorította az immunszuppresszív kezelést és hozzájárult a szteroid használat csökkentéséhez. Napjainkban egyre inkább előtérbe kerül az úgynevezett top down stratégia, mely agresszív betegségfolyás esetén, a fejlett terápiák mielőbbi bevezetését javasolja. A biológiai centrumok fejlődése nem mindig tudja megfelelően kielégíteni a növekvő igényt ezen terápiák biztosítására, ezért kiemelten fontos lenne, hogy csak olyan betegeket kezeljünk, akik minden szempontból képesek elérni a fejlett terápiákkal elérhető legjobb prognózist.

**Aims:** Az előadás során szeretnénk bemutatni a legújabb irányelvek által megfogalmazott szükséges vizsgálatokat, melyek elengedhetetlenek a fejlett terápiák elindításakor, valamint folyamatos adásuk mellett. A való életből vett esetekkel szeretnénk demonstrálni a betegek nem megfelelő compliance-e miatt fellépő nehézségeket és az ebből fakadó sokszor igen nehéz jogi, orvosetikai és szakmai dilemmákat. Megtagadható-e a kezelés, ha beteg nem hajlandó részt venni a felmérő kolonoszkopián? Lehet-e jogi vagy etikai felelőssége az orvosnak, ha objektív betegségfelmérés nélkül folytatja a kezelést? Kizárható-e a kezelésből az a beteg, aki visszatérően megszakítja a kezelését és alternatív gyógymódokat keres? Az előadásban szeretnénk bemutatni a fenti és hasonló kérdések esetleges megoldását, kitérve mind az orvos, mind a beteg jogi és etikai felelősségére is.

**Conclusion:** Az esetek, kérdések megbeszélése és a jogi háttér ismertetése révén szeretnénk segíteni a hasonló problémákkal küzdő orvosok helyzetét, mert véleményünk szerint ezzel a témával – etikai fenntartások és a jogi téjékoztatatlanság miatt - keveset foglalkozunk, pedig helyes edukációval bizonyosan javítható lenne a helyzet. Mind az orvosnak, mind a betegnek fontos ismerni a jogait és lehetőségeit, ami végsősoron mindkettőjüket hozzásegítheti az eredményes, hosszú távú orvos-beteg kapcsolat kialakításához.

#### 46. PREVALENCE OF MOST FREQUENT DGBIS (DISEASES OF GUT-BRAIN INTERACTION) IN PATIENTS WITH INFERTILITY - POSSIBLE CORRELATIONS WITH SOMATIC, PSYCHOLOGICAL, AND HORMONAL STATUS

Inczefi O.<sup>1</sup>, Ambrus I.<sup>2</sup>, Tóth É.<sup>1</sup>, Vágvölgyi A.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Ollé G.<sup>1</sup>, Dávid A.<sup>1</sup>, Szűcs M.<sup>3</sup>, Borbás A.<sup>3</sup>, Körmendi F.<sup>1</sup>, Kalmár Z.<sup>1</sup>, Szikra B.<sup>1</sup>, Szalay M.<sup>1</sup>, Zádori J.<sup>4</sup>, Róka R.<sup>1</sup>

1. Department of Internal Medicine, University of Szeged; 2. Department of Family Medicine, University Szeged; 3. Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged; 4. The Institute of Reproductive Medicine, University of Szeged

**Introduction:** Gastrointestinal diseases and associated psychological factors can affect human reproduction through the gut-brain axis. Oxidative stress associated with microinflammation in the gastrointestinal, endocrine, and reproductive systems, as well as disturbances in the gut microbiome, can also impair fertility.

**Aims:** This study aims to assess the prevalence of most frequent diseases of gut-brain interaction (DGBI) and to examine psychological, lifestyle, and comorbidity data among infertile couples. Furthermore, the possible role of sex hormones in the development of gastrointestinal symptoms was investigated in infertile female subjects.

**Methods:** Participants initiated artificial reproduction therapy were requested to complete a questionnaire evaluating their infertility and general medical history, functional abdominal complaints, psychological status, and lifestyle factors. For female patients, hormone testing was performed in parallel with the completion of the questionnaire.

**Results:** A total of 1082 patients were included in the study (53.2 % female). The mean age of participants was 35.8±5.92 years.

According to the Rome IV criteria, the prevalence of epigastric pain syndrome, postprandial distress syndrome, IBS, functional bloating, functional diarrhoea, and functional constipation were found to be 0%, 4.3%, and 1.7%, 5.7%, 9.1%, and 7.6%, respectively.

There were observable differences in gender distribution in terms of age, education, workplace, meat consumption, smoking, and alcohol consumption, however these factors have no significant effect on the presence of DGBIs. The location of residence, BMI, and the underlying cause of infertility have been found to have no significant impact on DGBI status. In female subjects, a diagnosis of endometriosis significantly increased the presence of DGBI (p=0.015), while no similar correlation was found in cases of PCOS.

In all psychological tests females exhibit significantly greater symptom severity. Moreover, the DGBI status has been demonstrated to significantly exacerbate anxiety, depression and somatisation, and to reduce well-being in both genders. With regard to the comparison of the presence of one or more DGBIs, no significant anthropometric, social or somatic influencing factors were identified. Apart from test measuring well-being, participants with multiple DGBIs exhibited more severe psychological abnormalities than patients with a single DGBI diagnosis. No significant correlation was found between hormone levels and the presence of DGBIs in women.

**Conclusion:** The incidence of DGBIs in our infertile patient population is lower than that published for the general population in the regional data. The present study revealed that functional diarrhoea is the only condition for which a higher prevalence was measured than that documented in the literature. The presence of DGBIs is associated with the psychological state of infertile patients. Further studies are required to explore the pathogenetic background of the relationship between infertility and functional gastrointestinal disorders.

#### 47. CHARACTERISATION OF BOWEL URGENCY IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE

Ivány E.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>2</sup>, Sarlós P.<sup>3</sup>, Palatka K.<sup>4</sup>, Élthes Z.<sup>4</sup>, Iliás Á.<sup>5</sup>, Gönczi L.<sup>5</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Magyar D.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1,6</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical Center, University of Szeged; 2. Military Hospital, Central Hospital of Northern

Pest; 3. First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. Department of Gastroenterology, University of Debrecen Clinical Centre, University of Debrecen; 5. Department of Internal Medicine and Oncology, Faculty of Medicine, Semmelweis University; 6. HCEMM-USZ Translational Colorectal Research Group

**Introduction:** Bowel urgency is a distressing and often underestimated symptom in Crohn's disease (CD). The Urgency Numerical Rating Scale (U-NRS) is commonly used to quantify urgency over the preceding 24 hours on a 0–10 scale. However, variability in patient perception may limit its interpretability, as identical scores can represent different symptom experiences. Factors such as perceived urgency intensity, associated discomfort, and the rapidity of onset may all influence scoring. The aim of this study was to explore the components contributing to bowel urgency in patients with CD.

**Methods:** Patients with CD aged  $\geq 18$  years treated at our departments for at least 3 months and having complaints were included in our study. The patients filled out our non-validated questionnaire assessing faecal urgency (U-NRS), pain level, speed of urge, incontinence and lifestyle factors related to incontinence. Statistical analysis was performed using STATA 18 program.

**Results:** A total of 61 patients were included (median age: 39 years; mean disease duration:  $13 \pm 8.6$  years). The mean U-NRS score was  $2 \pm 2.8$ ; 46% ( $n=28$ ) reported no urgency (score 0), while only one patient reported the maximum score (10). Retention was most difficult for stool in 39% ( $n=24$ ), mucus in 7% ( $n=4$ ), and other secretions in 11% ( $n=7$ ). Urgency accompanied every bowel movement in 3% ( $n=2$ ), whereas 41% ( $n=25$ ) experienced urgency in less than half of defecations. Within the preceding week, 26% ( $n=16$ ) reported the ability to defer defecation for less than one minute, and 15% ( $n=9$ ) required diaper use. The correlation between U-NRS and the level of pain during defecation was weak ( $R^2=0.23$ ), and weaker than previously observed in ulcerative colitis (UC) that we examined in another study. A better but weak correlation was found between U-NRS and PRO2 ( $R^2=0.399$ ). Stronger associations were identified with urgency intensity ( $R^2=0.54$ ), duration of stool retention ( $R^2=0.39$ ), and frequency of retention difficulties ( $R^2=0.52$ ), suggesting that these factors better reflect patients' perception of urgency. We created a new score with these parameters, level of urgency points + half of duration points + frequency, which showed a good model to refine the definition of urgency. This multidimensional score demonstrated a strong correlation with U-NRS ( $R^2=0.81$ ), comparable to findings in UC. Notably, urgency appeared to correlate more closely with disease activity in CD than in UC.

**Conclusion:** Bowel urgency significantly affects quality of life in patients with CD and is associated with increased functional impairment. A single numerical scale may not fully capture the complexity of this symptom. A multidimensional approach incorporating urgency intensity, retention capacity, and frequency of symptoms may provide a more accurate and clinically meaningful assessment. Further validation of such composite scoring systems is warranted.

#### 48. THIAMAZOL (METOTHYRIN) INDUKÁLTA MÁJKÁROSODÁS. ESETANULMÁNY.

Izer J.<sup>1</sup>, Birtalan K.<sup>1</sup>, Takács E.<sup>1</sup>, Halász J.<sup>2</sup>, Taller A.<sup>1</sup>

1. Uzsoki Utcai Kórház II. sz. Belgyógyászat; 2. Semmelweis Egyetem Patológia, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet

**Bevezetés:** A thionamid típusú antithyreoid gyógyszerek, köztük a thiamazol (Metothyryn), a hyperthyreosis kezelésének alapvető készítményei. Bár általában jól tolerálhatók, ritkán gyógyszer indukálta májkárosodást (drug-induced liver injury, DILI) okozhatnak, amelyre leginkább cholestaticus eltérések jellemzők. Az ilyen esetek felismerése különösen fontos olyan betegeknél, akiknél malignus eredetű epeúti obstructio lehetősége is felmerül.

**Esetismertetés:** A 77 éves férfibeteg anamnézisében cutan superficialisan terjedő melanoma sebészeti eltávolítása, axilláris blokk dissectio, majd BRAF/MEK inhibitor kezelés szerepelt. A diagnózis felállítását követően másfél évvel később recidívamentesnek nyilvánították, az onkológiai kezelést leállították. A kontroll hasi CT-k során a pancreas fejben cystosus képletet írtak le. Gondozása során észlelt szubklinikus hyperthyreosis miatt háziorvosa Metothyryn kezelést indított. A gyógyszer bevezetését követően a második hónapban a laborvizsgálatok során már obstrukciós dominanciájú májenzim-emelkedést látszott.

A osztályunkra fájdalomtalanul kialakult icterus és testsúlycsökkenés miatt került felvételre. Laboratóriumi vizsgálatok során jelentősen elevált bilirubin, obstrukciós májenzim emelkedés látszott. Hasi ultrahang mérsékelt intrahepaticus epeúttágulatot igazolt. A cholestaticus laborparaméterek és a képpalkotó eltérések miatt ERCP történt, melynek során normális cholangiogram volt látható. A vírushepatitis szerológiai vizsgálatok negatív eredményt adtak.

A Metothyryn bevezetése és a májenzimeltérések időbeli egybeesése alapján elsősorban gyógyszer indukálta májkárosodás merült fel, ezért a készítményt elhagytuk. A gyógyszer elhagyását követően két hónappal a májenzimek és a bilirubinértékek közel normalizálódtak. A közben beérkezett májbiopsziás szövettani vizsgálat során elsődlegesen DILI-nek megfelelő centrolobularis lokalizációjú canalicularis és intracellularis cholestasis látszott enyhe fokú portális gyulladással, megerősítve a klinikai diagnózist.

**Következtetés:** Az eset rávilágít arra, hogy a thiamazol ritkán súlyos cholestaticus májkárosodást okozhat, amely klinikailag és laboratóriumi eltérések alapján akár extrahepaticus epeúti obstructiót is utánozhat. A gyógyszer indukálta májkárosodás felismerése kulcsfontosságú a felesleges invazív vizsgálatok elkerülése és a megfelelő kezelés érdekében.

#### 49. A DIETETIKUS SZEREPE A KONTAMINÁLT VÉKONYBÉL SZINDRÓMA (SIBO) KOMPLEX TERÁPIÁJÁBAN

Jándi-Kovács K.<sup>1</sup>

1. Tolna Vármegyei Balassa János Kórház

**Bevezetés:** A SIBO (Small Intestinal Bacterial Overgrowth) elnevezés a vékonybél bakteriális túlnövekedésére utal, amely a páciensnek kellemetlen gasztrointesztinális tüneteket okoz. A kórkép hátterében a vastagbélből származó baktériumok kolonizációja áll, melyek emésztésre nem alkalmasak, főként fermentábilis szénhidrátok lebontásával fokozott gázképződést eredményeznek. A klinikai tünetek - puffadás, bőfűgés, hasi görcsök, fájdalom, flatulencia, hasmenés, székrekedés, hányinger - gyakran átfedést mutatnak az irritábilis bélszindróma, illetve a szénhidrát anyagcsere zavar tünettanával. A vékonybél bakteriális egyensúlyának fenntartásában több protektív mechanizmus játszik szerepet, többek között a gyomorsav baktericid hatása, a migráló motoros komplex (MMC) tisztító funkciója, az ileocecalis billentyű barrier szerepe, valamint a vékonybél nyálkahártyájának integritása. E tényezők

károsodása – például anatómiai eltérések, invazív beavatkozások vagy bizonyos gyógyszerek következtében – növeli a SIBO kialakulásának kockázatát. A kórkép gyakran társul egyéb betegségekhez, így gyulladásos bélbetegségekhez, motilitási zavarokhoz, Parkinson-kórhoz vagy endometriózishoz. A bakteriális túlnövekedés következtében a mikroorganizmusok felhasználják a gazdaszervezet számára esszenciális tápanyagokat, beleértve a vitaminokat, epesókat és fehérjéket. Ennek eredményeként károsodhat az esszenciális zsírsavak, a B1-, B3-, B12-vitamin, valamint a vas, kalcium és a zsírban oldódó A-, D- és E-vitamin felszívódása, ami hosszú távon hiányállapotokhoz vezethet.

**Célkitűzés:** A kezelés komplex megközelítést igényel, amelyben a gyógyszeres terápia mellett kiemelt szerepet kap a dietoterápia. A klinikai gyakorlatban gyakran alkalmazott low FODMAP étrend megfelelő szakmai irányítás hiányában indokolatlanul restriktív válnak, tovább súlyosbítva a fennálló hiányállapotot. A strukturált, személyre szabott dietetikai intervenció ezért kulcsfontosságú a terápiás siker és a hosszú távú életminőség javítása szempontjából. Emellett az étkezési ritmus optimalizálása – különösen a nassolás elhagyása a migráló motoros komplex működésének támogatása érdekében – szintén a kezelés szerves részét képezi.

A dietetikai intervenció nem egyszeri beavatkozás, hanem folyamatos monitorozást és adaptációt igénylő terápiás folyamat, amely során a dietetikus és a páciens együttműködésben, fokozatosan azonosítják azokat az élelmiszereket, adagokat és étkezési struktúrákat, amelyek hosszú távon jól tolerálhatók. A személyre szabott étrendi stratégia célja a tünetek csökkentése mellett a bélmikrobióta kedvező összetételének támogatása és az életminőség javítása.

**Konklúzió:** Az eredményes kezelés interdiszciplináris szemléletet kíván. A hatékony teammunka kulcsszereplői a gasztroenterológus, a dietetikus és a páciens, azonban a komplex tünettán és a gyakori pszichoszomatikus összetevők miatt számos esetben pszichológus bevonása is indokolt lehet. Emellett a motilitási zavarokkal, fájdalomszindrómákkal vagy társuló mozgásszervi panaszokkal élő betegek esetében gyógytornász közreműködése is hozzájárulhat a terápiás sikerhez.

## 50. EVALUATING THE DIAGNOSTIC UTILITY OF FAECAL PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR-1 (PAI-1) VERSUS CALPROTECTIN IN DISTINGUISHING INFLAMMATORY BOWEL DISEASE FROM OTHER GASTROINTESTINAL CONDITIONS

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

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

**Introduction:** Inflammatory bowel diseases (IBD), such as Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC), demand lifelong patient monitoring. Current predictors of relapse and treatment response are often invasive, expensive, and time-consuming. Faecal biomarkers provide a simple, non-invasive option for tracking disease activity. Although faecal

Calprotectin (FC) is the gold standard, it has notable limitations. Our previous research showed that faecal Plasminogen activator inhibitor type 1 (PAI-1) correlates with endoscopic activity and treatment response, positioning it as a promising, stable biomarker for IBD.

**Aims:** This study aimed to measure faecal PAI-1 (FP) levels in patients with IBD and other gastrointestinal conditions, comparing them to FC levels to observe the diagnostic potential. We also monitored select IBD patients for up to one year to assess the biomarkers' predictive value.

**Methods:** Faecal samples were collected from 277 patients with inflammatory bowel disease (IBD; CD-active: 29, CD-inactive: 40, UC-active: 70, UC-inactive: 35) or other gastrointestinal (GI) diseases [colorectal cancer (CRC): 16, diverticulosis (DIV): 28, irritable bowel syndrome (IBS): 14, adenoma: 23], along with 16 healthy subjects. Additionally, 29 IBD patients were enrolled for flare-up monitoring. The ELISA method was applied to define the FP level (cut-off: 0.53 ng/g), while FC was assessed with a diagnostic ELISA kit (cut-off: 200 ug/g). Diagnostic performance was evaluated via ROC analysis, logistic regression, and confusion matrix.

**Results:** FP level was significantly higher in patients with endoscopically active IBD compared to inactive and non-IBD subjects (0.88 vs 0.07 ng/g,  $p < 0.0001$ ). In addition, FP was significantly increased in active IBD (0.88 ng/g) patients compared to inactive IBD (0.13 ng/g,  $p < 0.0001$ ), CRC (0.235 ng/g,  $p = 0.0479$ ), DIV (0.045 ng/g,  $p < 0.0001$ ), IBS (0.005 ng/g,  $p < 0.0001$ ), adenoma (0.0 ng/g,  $p < 0.0001$ ), and healthy (0.0 ng/g,  $p = 0.0005$ ) subjects. However, FC showed the same pattern as FP, the active IBD was significantly elevated compared to the others. High specificity (84%) and moderate sensitivity (67%) (TP: 70, FP: 27, FN: 34, TN: 146, PPV: 0.72, NPV: 0.81) were defined at the FP measurements. Nevertheless, at FC level, 70% specificity and 89% sensitivity were measured (TP: 93, FP: 52, FN: 11, TN: 121, PPV: 0.64, NPV: 0.92). On the other hand, the accuracy of the FP is 78%, and the FC is 77%. Moreover, the AUC of the FP value was 0.83 and 0.89 at the FC. During the patient's monitoring observation, the FP indicated the flare-up with 74% accuracy and the FC with 78%. Moreover, after the relapse period, the PAI-1 level returned to below the cut-off value sooner.

**Conclusion:** Our findings suggest that FP levels offer strong diagnostic value, accurately distinguishing active IBD patients from others and identifying true negatives more precisely than FC. Moreover, FP levels reflect active disease at the moment of flare-up. Thus, FP could serve as a valuable tool independently or combined with FC for diagnosing IBD.

## 51. CHARACTERISATION OF THE CYTOKINE GENE EXPRESSION PROFILE OF PRIMARY HUMAN INTESTINAL ORGANOID CULTURES

Jóíárt B.<sup>1,2,3</sup>, Kagan F.<sup>6</sup>, Molnár T.<sup>1,2,3</sup>, Déri M.<sup>5</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1,4</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Monostory K.<sup>5</sup>, Farkas K.<sup>1,4</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. ELKH-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary; 3. HCEMM-USZ Molecular Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary; 4. HCEMM-USZ Translational Colorectal Research Group, Szeged, Hungary; 5. Metabolic Drug-interactions Research Group, Institute of Molecular Life Sciences, HUNREN Research Centre for Natural Sciences, Budapest, Hungary; 6. Max Planck Institute for Multidisciplinary Sciences, Göttingen, Germany

**Introduction:** Epithelial damage is central to inflammatory bowel disease (IBD) pathogenesis, as it disrupts the barrier and sustains chronic inflammation. Increased intestinal permeability correlates with disease severity, relapse risk, and persists in remission. Beyond a passive barrier, the epithelium produces cytokines regulating mucosal inflammation and repair. Primary intestinal organoids, derived from adult stem cells, mimic gut epithelium and enable studies of transport, barrier function, immune interactions, and drug testing. Inflammatory organoids are induced via pro-inflammatory cytokines. Cytokine expression data are currently lacking in IBD-derived organoids.

**Aims:** Therefore, we aimed to profile and compare cytokine gene expression patterns in IBD and non-IBD organoids and their origin biopsies.

**Methods:** Organoid cultures were generated from 7 non-IBD and 7 active IBD patients' biopsy samples. All organoid samples were used in passage number one. The total mRNA was isolated from all samples. For the gene expression analysis, Fluidigm Biomark HD high-throughput microfluidics qRT-PCR was applied. 25 cytokines, chemokines, and 4 proliferation genes were observed in the biopsy and organoid samples as well. The Livak method was used to define relative fold change (Fc). Statistical analysis was performed on the Fc and dCq values. **Results:** In the IBD biopsy samples, the gene expression of CXCL-1, CXCL-10, ICAM-1, IL-10, IL-1b, IL-33, IL-6, PAI-1, TGFb-1 were significantly upregulated. In organoids with IBD origin, only the IL-12A, IL-18, and IL-35 expressions were significantly increased. If the organoids were compared to the origin biopsy, the expression of CXCL-1, CXCL-8, ICAM-1, IL-18, IL-1b, IL-32, IL-33, PAI-1, and TGFb-1 were significant higher in the control organoids. But the CCL-5 and CXCL-12 were significantly downregulated in these samples. At the IBD group, the expression of CCL-5, CXCL-10, CXCL-12, IFN-g, IL-10, IL-12A, IL-16, IL-1b, IL-35, IL-6, PAI-1, TNF-a, and IL-17A were increased in the biopsy, but the IL-18 and p53 showed upregulation in the organoids. **Conclusion:** Based on our results, *in vitro* primary organoid culture with IBD origin did not reflect the *in vivo* cytokine expression. The biopsy represents a more complex inflammatory environment because it contains more cell types, e.g., immune, epithelial, and endothelial cells. In contrast, the organoids mimic only the epithelial barrier, which does not significantly exhibit the inflammatory milieu. Therefore, the induction of the organoids with pro-inflammatory cytokines is necessary for the *in vitro* observation of epithelial damage.

## 52. COMPARATIVE CHARACTERIZATION OF EARLY-PASSAGE PRIMARY HUMAN FIBROBLAST CULTURES FROM CROHN'S DISEASE AND CONTROL SAMPLES

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

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

**Introduction:** Inflammatory bowel diseases (IBD) are chronic immune-mediated disorders of the gastrointestinal tract. Fibrosis is a common complication among patients with IBD. At the molecular level, inflammatory cytokines play a crucial role in the development of intestinal fibrosis, one of the most important is the signaling pathway mediated by TGF-β1.

During intestinal fibrosis, extracellular matrix (ECM) proteins accumulate in the tissue leading to a loss of epithelial function, strictures, obstructions in the intestine, and malabsorption. No standardized primary human *in vitro* fibroblast cell culture model is currently available to study the exact underlying mechanisms. In our previous work, we successfully established primary human *in vitro* fibroblast cell cultures from biopsy samples of both non-IBD and CD patients.

**Aims:** To continue, the aim was to characterize the cell cultures at both the gene and protein levels during the first, second, and third passages.

**Methods:** Fibroblast cell cultures were initiated from biopsy samples of 8 CD patients and 8 non-IBD patients. Each culture was passaged three times when it reached 90% confluency. The fibrosis-associated markers (TGF-β1, PAI-1, α-SMA) were examined by immunofluorescence staining. To assess collagen accumulation, Picrosirius Red staining was applied. For gene expression analysis, qRT-PCR was used (CCL2, WISP1, TGFβ-1, ACTA-2, PAI-1, H3C4, CD14). For secreted proteins analysis, cytokine array was carried out enabling the detection of 105 cytokines from a single sample. To examine functional properties of the fibroblast cell cultures, scratch assays were carried out. Statistical analysis was performed on the obtained data.

**Results:** Morphological differences could be observed between the groups, CD-derived cultures were more heterogenous and reached 90% confluence faster. Picrosirius Red and Immunofluorescence stainings revealed no differences within groups but showed differences between them with no significant way. Gene expression analysis showed no differences over successive passages or between groups. Eight cytokines (BAFF/TNFSF13B, Complement Factor D, CD14, IFN-γ, IGFBP-2, IL-5, MPO, Vitamin D) were detected exclusively in the CD group—these proteins promote inflammation progression and fibrogenesis manifestation. The scratch assay showed no significant differences between the groups nor the passages.

**Conclusion:** Within the studied groups, the progression of passages did not significantly alter fibrosis-associated protein or gene expression. However, differences at the protein level were observed between the CD and control groups, separating the groups. Functional properties do not distinguish between the IBD and control derived cultures. Based on our results, *in vitro* fibroblast cultures represent fibrotic markers, though not significantly. To achieve more pronounced differences, the fibrotic pathway will be induced in patient-derived cultures with TGF-β1 treatment.

## 53. ITT A KŐ, HOL A KŐ - CHOLECYSTOENTERICUS FISTULÁTÓL AZ ILEUSIG

Káplár B.<sup>1</sup>, Palatka K.<sup>1</sup>, Janka T.<sup>1</sup>

1. Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Klinika

**Bevezetés:** A cholecystoentericus fistula kialakulása egy igen ritka (2-3%) és súlyos szövődménye a cholelithiasisnak. Ezen fistulák több mint kétharmada cholecystoduodenalis, a cholecystocolonicus elrendeződés 15 %-ot tesz ki. A fistulákon áthaladó epekő mechanikus ileust- másnéven Bouveret szindrómát- idézhet elő a vékonybélben, ritkábban a colonban. Leggyakoribb lokalizáció a terminalis ileum területe.

**Esetismertetés:** Esettanulmányunk egy 75 éves nőbeteg esetét mutatja be, akinek anamnézisében jelentősebb kórelőzmény nem ismert. Betegünk 1 hete tartó epigastriális fájdalom miatt érkezett a Sürgősségi Osztályra. Laborjában transzfúzió igényű, hyperchrom, macrocyter anaemia,

leukocytosis, jelzetten emelkedett CRP, GPT, cholestatikus enzimek és hypokalaemia igazolódott (FVS:11,61 G/L, Hgb: 47G/L, CRP: 9,23 mg/L, TBill.:15,5 micromol/L, GOT: 18 U/L, GPT: 42 U/L, GGT: 233 U/L, APL: 255 U/L, K: 3,3 mmol/L). Az elkészült hasi UH-n cholelithiasis, nem tágabb intrahepaticus epeutak (choledochus nem volt megítélhető a kőárnyékok miatt) és umbilicalis hernia mellett a gyomrot és a duodenumot folyékony tartalom töltötte ki. Natív hasi felvételen körjelző eltérés nem került leírásra, mellkas röntgenen kisvérköri pangás jelei ábrázolódtak. Gasztroenterológiai Osztályunkon a fizikális vizsgálat és a hasi UH alapján felmerülő felsőtápcsatornai passage zavar miatt gastroscopia történt, ennek során nagy mennyiségű folyadék tartalom került leszívásra a gyomorból; az oedemas, gyulladást mutató antrum és bulbus követelményes gyomorürülési zavart okozott. A bulbus distalis szakaszán egy 0,3 mm-es fibrinell fedett fekélyt észleltünk. Ezen eltérés felvetette sipolyonyílás lehetőségét. Urgens hasi CT vizsgálatot kértünk, mely egyértelmű epekőileust igazolt és csaknem 1 cm széles cholecystoduodenalis fistulát. Sebészeti konzílium a beteg átvételét akceptálta. Sürgős opus során jejunotomiából eltávolították az epekövet, anterograd cholecystectomiát és cholecystoduodenalis fistula kiirtást végeztek. A komplikációk és a reoperáció esélyét növelte az epehólyag területén észlelt gyulladást milió. A korai postoperatív szakban a beteg panaszaira tekintettel reoperáció történt, melynek során a duodenum-varrat elégtelenségét suturázták. Ezután bennfekvése szövődéymenyesen zajlott, rendezett passagevel otthonába engedték. A szövettani vizsgálat során chronicus cholecystitis került leírásra.

**Konklúzió:** Idős betegeknel a mechanikus ileus egyik, viszonylag magas mortalitási rátájú oka az epekőileus. Esetünkben a kedvezőtlen prognózis ellenére is kedvező kimenetelt sikerült elérni a diagnózis időben történő felismerésének és a korai, sikeres műtéti beavatkozásnak köszönhetően. A diagnózis felállításában fontos hangsúlyoznunk a képalkotó eljárások kulcsfontosságú szerepét.

#### 54. „ÁLOMBÓL - VALÓSÁG - AZ ÖSSZEFOGÁS EREJE” – A DEKK GASZTROENTEROLÓGIAI KLINIKA ELSŐ ÖT ÉVÉNEK BEMUTATÁSA SZAKDOLGOZÓI SZEMMEL

Készler É.<sup>1</sup>

1. Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gasztroenterológiai Klinika

Amikor egy új klinika megszületik, az nem csupán falak, műszerek és szervezeti egységek létrejöttét jelenti. Egy közös álom kezdete is, amelyet sok ember munkája, elkötelezettsége és hite formál valósággá.

A Gasztroenterológiai Klinika megalakulása mögött is ilyen közös törekvés állt. Az első évek tele voltak kihívásokkal, tanúlással és folyamatos alkalmazkodással, ugyanakkor rengeteg lelkesedéssel és összefogással. Ebben a folyamatban a szakdolgozók szerepe meghatározó volt: jelenlétünk, kitartásunk és csapatmunkánk nélkül a mindennapok működése és a fejlődés üteme sem lehetett volna ugyanaz.

Előadásomban a klinika megalakulásától számított első öt év történetét szeretném bemutatni szakdolgozói szemmel. Nemcsak a szakmai mérföldköveket és fejlődést, hanem azt a közös munkát is, amely során egy kezdeti elképzelésből működő közösség és stabil szakmai háttér született.

Hiszen néha a közös munka nemcsak egy intézményt épít fel – hanem álmokat is valóra vált.

#### 55. IMMUN ELLENŐRZŐPONT GÁTLÓ OKOZTA HEPATITIS. ESETISMERTETÉS.

Kis L.<sup>1</sup>, Izer J.<sup>1</sup>, Takács E.<sup>1</sup>, Schuller J.<sup>1</sup>, Beyaty S.<sup>1</sup>, Taller A.<sup>1</sup>  
1. II. Belgyógyászati Osztály, Uzsoki Utcai Kórház

**Bevezetés:** Az immun ellenőrzőpont gátlók (immun checkpoint inhibitor – ICI) alkalmazásának indikációja malignus betegségek kezelésében az elmúlt évtizedben jelentősen bővült. Használatuk elterjedésével egyben mellékhatásaikkal (immun-related adverse event - irAE) is gyakrabban találkozhatunk, melyek sokszor gasztroenterológiai természetűek. Többségük enyhe lefolyású és jellemzően a gyógyszer bevezetését követő három hónapon belül kialakul, de ismertek súlyos, kórházi kezelést igénylő, és késői, vagy akár a kezelés elhagyását követően megjelenő irAE-k is. PD-1 gátló okozta GRADE 3-as hepatitis esetét mutatjuk be.

**Esetismertetés:** A 79 éves nőbeteg anamnézisében hepatitis B fertőzés, világossejtes vesekarcinóma miatti bal oldali veserezekció, aortabillentyűt érintő aortektázia miatti Bentall műtét, emiatti warfarin kezelés szerepel. 2024. februárban IV A stádiumú tüdő adenocarcinoma miatt pembrolizumab-cisplatin-pemetrexed kezelés indult, majd mérsékelt regresszió miatt három ciklust követően pembrolizumab-pemetrexed fenntartó terápiára tértek át, amelyből 17 szériát kapott. A kezelése alatt anaemia, arthralgia és cutan mellékhatások is jelentkeztek, amelyek enyhe lefolyásúak voltak, az ICI kezelést megtartották. Osztályunkra 2025. augusztus végén került felvételre icterus, étvágytalanság miatt. Hasi-és kismencede ultrahangon epeefolyási zavarra utaló eltérés nem látszott, kissé megnagyobbodott májat írtak le. Hepatotrop víruszserológia korábban átvészelt Hepatitis A, B és E, valamint CMV és EBV fertőzést igazolt. Immunszserológiai vizsgálatok negatív eredményt adtak. Potenciálisan májkárosító per os gyógyszert, táplálékkiegészítőt nem szedett. Májbiopsziát az aorta műbillentyű miatti anticoagulálásra tekintettel nem feszírozottunk. Panaszai hátterében pembrolizumab okozta késői megjelenésű, GRADE 3-as hepatitiset vélelményeztünk, 1,5 mg/ttkg dózisú methylprednisolon kezelést indítottunk, ami hatásosnak bizonyult, a beteg leletei javultak.

**Összefoglalás:** Az ICI-k alkalmazása során jelentős számban alakul ki hepatitis, legtöbbször a kezelés első hónapjaiban és enyhe formában. A mellékhatás megjelenése rizikófaktorok mellett gyakoribb. A tünetek hátterében egyéb etiológiai tényező kizárása mindenképpen szükséges. Súlyosabb formákban szteroid alkalmazása, egyes esetekben immunszuppresszív kezelés is ajánlott.

#### 56. TRPA1 SELECTIVELY MODULATES FIBROTIC REMODELING BUT NOT ACUTE INJURY IN EXPERIMENTAL PANCREATITIS

Kiss L.<sup>1</sup>, Salamah O.<sup>1</sup>, Dágó Á.<sup>1</sup>, Orján E.<sup>1</sup>, Sándor B.<sup>1</sup>, Öreg M.<sup>1</sup>, Kormos V.<sup>2</sup>, Pintér E.<sup>2</sup>, Rakonczay Jr. Z.<sup>1</sup>

1. Department of Pathophysiology, University of Szeged, H-6720 Szeged, Hungary; 2. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Pécs Medical School, H-7624 Pécs, Hungary

**Introduction:** Transient Receptor Potential Ankyrin 1 (TRPA1), a chemosensitive ion channel involved in neurogenic inflammation and pancreatic pain signalling, has been implicated in pancreatitis-related nociception, yet its role in pancreatic injury and fibrotic remodelling across acute (AP) and chronic pancreatitis (CP) remains poorly defined.

**Aims:** This study investigates the role of TRPA1 in murine models of AP and CP.

**Methods:** Wild-type and TRPA1-knockout C57BL/6 mice were used. AP was induced by intraperitoneal (i.p.) hourly injections of cerulein (10×50µg/kg) or ethanol/palmitoleic acid (2×1.35g/kg and 2×150mg/kg); CP was induced by repeated cerulein injections (8×50µg/kg i.p.) every third day for two weeks. Pancreatic tissues and blood were collected. Pancreatic injury was assessed by measuring oedema, leukocyte infiltration, acinar cell damage, and serum amylase activity, while fibrosis was evaluated by Picosirius Red, vimentin, and glial fibrillary acidic protein (GFAP) staining.

**Results:** In both AP models, key markers of acute pancreatic injury (oedema, leukocyte infiltration, acinar cell damage, or serum amylase activities) were not significantly different in TRPA1-knockout mice compared to the wild-type animals. In CP model, Picosirius Red staining revealed no significant difference in collagen fibre deposition between wild-type and TRPA1-knockout mice. However, TRPA1-knockout mice showed significantly attenuated expression of both vimentin and GFAP over the two-week induction period compared to wild-type mice, which exhibited progressive fibrotic remodelling.

**Conclusion:** TRPA1 may have a negligible role in early pancreatic injury in AP, yet may contribute to the progression of fibrosis in CP. These findings suggest that TRPA1 may act as a mediator of CP remodelling and represent a potential therapeutic target.

**Acknowledgements:** NKFI-K-135874, NKFI-FK-143566, SZTE-SZAOK-SZGYA

#### 57. PIEZO1-MEDIATED MECHANOSENSING AND EPITHELIAL POLARITY REGULATE INFLAMMATORY SIGNALING IN HUMAN PANCREATIC ORGANIODS

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

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

**Introduction:** Pancreatic inflammation is frequently triggered by elevated intraductal pressure, a key pathological factor in gallstone-induced and post-ERCP pancreatitis (PEP). While mouse models suggest that transient pressure disrupts tight junction integrity via calcineurin, the role of mechanosensitive ion channels in human epithelial responses remains poorly understood.

**Aims:** We aimed to investigate the role of **PIEZO1**, a mechanical stress-activated Ca<sup>2+</sup> channel, in regulating cellular homeostasis and inflammatory signaling using a novel human pancreatic organoid (hPOC) platform.

**Methods:** hPOCs were derived from pancreatic tissue of three cadaveric donors. To study the effects of intraluminal pressure, we generated **apical-out hPOCs** by inducing polarity switching via Matrigel removal. We compared conventional (apical-in) and apical-out hPOCs using RNA sequencing, live-cell fluorescent imaging, and qRT-PCR. The functional role of **PIEZO1** was validated using the pharmacological activator **YODA1** (1 µM).

**Results:** Polarity switching to an apical-out configuration led to a significant reduction in **PIEZO1** expression and the dissipation of sustained intraluminal pressure. This transition resulted in the downregulation of cytoskeletal/cell-cycle genes (*ACTB*, *VCL*, *LPXN*, *LMNA*, cyclins) and pro-inflammatory cytokines (*CXCL1-3*, *CXCL8*).

Transcriptomic profiling revealed that conventional apical-in organoids exhibit a high-proliferative, "stressed" state, characterized by the upregulation of mitotic markers (*MKI67*, *CENPF*, *ASPM*, *UHRF1*). In contrast, apical-out organoids demonstrated a quiescent, physiological phenotype with enhanced Cl<sup>-</sup> efflux via **CFTR** and **ANO1**, likely reflecting the absence of mechanical strain. Crucially, pharmacological activation of **PIEZO1** with **YODA1** in apical-out hPOCs reversed the downregulation of pro-inflammatory cytokines, confirming that **PIEZO1** is a master regulator of the pressure-induced inflammatory phenotype observed in standard organoid cultures.

**Conclusion:** Our findings demonstrate that conventional apical-in pancreatic organoids inherently mimic a pressure-induced inflammatory state driven by **PIEZO1** signaling. Conversely, the apical-out model provides a more physiological baseline for studying epithelial homeostasis. This platform offers a powerful new tool for investigating the pathogenesis of pressure-induced pancreatitis and identifying novel therapeutic targets to prevent post-ERCP complications.

#### 58. PANCREATIC DUCT BRUSH CYTOLOGY IS MORE SENSITIVE FOR PANCREATIC CANCER THAN BILE DUCT BRUSHING DURING ERCP: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Kollányi G.<sup>1,3</sup>, Makolli A.<sup>1</sup>, Demeter D.<sup>1,2</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Bagherizadeh M.<sup>1</sup>, Kóti T.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,2</sup>, Eröss B.<sup>2</sup>, Váncsa S.<sup>1,2</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute for Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Central Hospital of Southern-Buda, St. Imre Teaching Hospital, Budapest, Hungary

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

**Aims:** We aimed to assess the pooled sensitivity of BD and PD brushing in detecting pancreatic cancer compared to histology.

**Methods:** A systematic search was conducted in three major medical databases on November 05, 2024. We included studies comparing BD and/or PD brushing to a control group of patients diagnosed with pancreatic cancer mainly based on histology, but radiological follow-up, laparotomy, or other accepted diagnostic methods were included as well. A random-effects meta-analysis was performed to calculate the pooled sensitivity of each technique, with results presented as percentages and 95% confidence intervals (CI).

**Results:** Our systematic search identified 11340 articles, of which 83 met the inclusion criteria for the final analysis. These included 6,638 BD brushing procedures, 1,089 PD brushing procedures, and 3,416 BD forceps biopsies. The pooled sensitivity for PD brushing was 53% (95% CI: 28% – 76%; I<sup>2</sup> = 70.3%), for BD brushing 28% (95% CI: 23% – 34%; I<sup>2</sup> = 58.8%), for BD forceps biopsy 36% (95% CI: 29% – 45%; I<sup>2</sup> = 0%) when only clearly malignant samples were considered positive. Additional analyses were performed to explore differences of different cytopathological interpretations. The post-ERCP pancreatitis rate did not differ between index tests, and it remained under 5% for each. However, data on the safety and adverse events associated with ERCP were limited among the included studies.

**Conclusion:** PD brushing may increase the sensitivity compared to BD brushing during ERCP and provide a valuable ancillary diagnostic technique in detecting pancreatic cancer in patients with distal biliary strictures. Moreover, PD brushing may not elevate the risk for post-ERCP pancreatitis in this population. These findings support the integration of brush cytology in ERCP procedures to enhance early detection of pancreatic cancer, ultimately facilitating more informed clinical decision-making.

### 59. 30 NAPOS MORTALITÁS PREDIKTORAINAK VIZSGÁLATA FELSŐ GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZÉS BEN

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

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 3. Semmelweis Egyetem, Sürgősségi Orvostani Klinika; 4. Semmelweis Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Baross utcai részleg

**Introduction:** Az akut felső gasztrointesztinális vérzés (GIV) heterogén kórkép varix (V), magas rizikójú nem varix (MNV) és alacsony rizikójú nem varix (ANV) alcsoportokkal.

**Aims:** A V, MNV és ANV alcsoportokban a 30 napos halálozással legszorosabban összefüggő klinikai és laborparaméterek azonosítása.

**Methods:** A Semmelweis Egyetem Sürgősségi Orvostani Klinikáján 2022.01.01-2023.12.31. között felső GIV miatt sürgősségi endoszkópián átesett betegek (V=126; MNV=99; ANV=429) retrospektív kohorszát elemeztük. Alcsoportonként univariábilis próbákat, valamint uni- és multivariábilis logisztikus regressziót végeztünk; az összefüggéseket esélyhányadossal (OR) és p-értékkel jellemeztük. **¶Results:** V csoportban az elhunytaknál alacsonyabb albumin ( $p<0,0001$ ), magasabb kreatinin- és karbamidszintek, alacsonyabb GFR ( $p<0,0001$ ) és gyakoribb cardiovascularis betegség ( $p=0,003$ ) szerepeltek. Univariábilisan a GFR 30-60 és 15-30 ml/min (OR=10,85; 7,05), a cardiovascularis betegség (OR=5,05) és a vasopressor-igény (OR=3,67) növelte, míg minden +1 g/L albumin 22%-kal csökkentette a halálozás esélyét (OR=0,78). Multivariábilisan a májbetegség (OR=16,08), a magasabb albuminszint (OR=0,80), magasabb artériás középnyomás (OR=0,93) és a karbamid emelkedése (OR=1,44) maradt független prediktor. MNV csoportban az elhunytak alacsonyabb vérnyomással ( $p=0,002$ ), idősebb életkorral és gyakoribb noradrenalin igénytel (p=0,025) jellemezhetők. Univariábilisan a vérnyomáskomponensek emelkedése protektív (OR= 0,96-0,97/Hgmm), míg a noradrenalin-igény (OR=3,75) és az emelkedett INR (OR=4,5) rizikótényező; multivariábilisan a sokk index (OR=8,42), INR (OR=3,45) és magasabb életkor (OR=1,07) bizonyult független prediktornak. ANV csoportban az elhunytak instabilabb hemodinamikával ( $p<0,0001$ ), rosszabb vesefunkcióval (kreatinin  $p<0,0001$ ), alacsonyabb albumin szintekkel ( $p=0,0010$ ) jellemezhetők. Univariábilisan a veseelégtelenség (GFR<15-60ml/perc) (OR=5,7-7,2) és az emelkedő karbamid értékek (OR=1,17), valamint a magasabb ASA státusz (OR=5,81-5,88) növelték, a magasabb albumin (OR=0,90) csökkentette a halálozás kockázatát. Multivariábilisan a magasabb ASA státusz (OR=4,20), az albumin (OR=0,87) és a karbamid

emelkedése (OR=1,15) és magasabb életkor (OR=1,02) maradt független prediktor.

**Conclusion:** Mindhárom alcsoportban a hemodinamikai instabilitás, a hypoalbuminaemia és a karbamid-dinamika szorosan kapcsolódik a 30 napos mortalitáshoz, és alapot adhat etiológia-specifikus rizikóstratifikációra.

### 60. " CSENDES KIHÍVÁS" SIKETSÉGGEL ÉLŐK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSA

Kovácsné Kecze Á.<sup>1</sup>

1. Heves Vármegyei Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Belgyógyászati-Infektológiai Centrum, Gasztroenterológiai Szakrendelés

**Introduction:** Minden 120.-ik embertársunk siket, vagy súlyosan halláskárosult, ami akadályozhatja a megfelelő egészségügyi ellátást. Emiatt a kommunikációs akadály miatt a betegeket nem lehet kellően kikérdezni, felvilágosítani az esetleges beavatkozásokról, beleegyezését kérni, majd a terápiát se tudjuk megértetni.

**¶Aims:** Célunk, hogy az egészségügyben dolgozók biztosítani tudják az egyenlő, megfelelő ellátást még a siketséggel élők esetében is.

**Methods:** Milyen lehetőségeink vannak? Írásban történő kommunikáció, Jelynyelvtolmács igénybevétele / sürgősségi esetekben erre nincs mindig idő, telefonos, vagy internetes jelynyelvi tolmácsszolgáltatás igénybevétele, Telefonokra letölthető a Kontakt tolmácsszolgálat telefonos alkalmazás.

**Results:** -Miért fontos az egészségügyben a jelynyelv? Sürgős helyzetben időt spórolhatunk, néhány alapvető kérdés vagy mondat megnyugtatja a beteget, empátiát és tiszteletet mutatunk a beteg felé, nő a biztonság érzete.

**Conclusion:** Saját szakmai érdekünk, de etikai és törvényben megfogalmazott kötelességünk is számukra a megfelelő kommunikációs lehetőség megteremtése. A sikeres kommunikáció csökkenti a kiszolgáltatottság érzését és növeli a biztonság érzetét.

### 61. A MÁJELZSÍROSODÁS ELŐFORDULÁSA ÉS ÖSSZEFÜGGÉSE A MIKRO- ÉS MAKROVASZKULÁRIS SZÖVŐDMÉNYEKEL 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉGBEN

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

1. Ráckeve Város Szakorvosi Rendelőintézet; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 3. Semmelweis Egyetem, Radiológiai Klinika

**Introduction:** Napjainkban a májelzsírosodás az egyik leggyakoribb idült májbetegséggé, a cukorbetegség pedig az egyik leggyorsabban terjedő idült betegséggé vált világszerte. A szteatózis a világon a felnőtt lakosság csaknem 30, a 2-es típusú diabetes mellitusos (T2DM) betegek 70%-át érinti, kialakulásában a T2DM és az inzulinrezisztencia is kockázati tényező, az elhízástól függetlenül. A T2DM krónikus makro- (szív- és érrendszeri) és mikrovaszkuláris (retinopátia, nefropátia, neuropátia) szövődményei nem kizárólag a rossz anyagcserehelyezettel állnak összefüggésben, hanem más kockázati tényezők is, mint a máj elzsírosodása is szerepet játszanak kialakulásukban. Az utóbbi időben több kvantitatív képelemzési technikát dolgoztak ki az ultrahang érzékenységének és reprodukálhatóságának növelése érdekében, amelyek képesek meghatározni a máj szöveti

összetételét, a szteatózis mértékének megítélését, számszerűsítését.

**Methods:**A ráckevei belgyógyászati szakrendelőben gondozott T2DM-es betegeknek, akiknek hasi áttekintő ultrahangvizsgálata során szteatózis hepatisz került véleményezésre, kvantitatív mérésre alkalmas ultrahangvizsgálat során (tissue attenuation imaging TAI, tissue scattering imaging TSI) méréssel meghatároztuk a májelszírosodás (USFF), valamint shear-wave elasztográfia során a fibrózis fokát. Regisztráltuk a betegek rutin laboratóriumi, biometriai paramétereit, mikro- és makrovaszkuláris diabéteszes szövödményeit.

**Results:**2025. január 13. és 2026. február 23. között 194 T2DM-es beteget (férfi:95, nő:99, BMI: 31,56±5,12 kg/m<sup>2</sup>, átlag diabétesz időtartam: 10,34±6,99 év, orális antidiabetikumot szedő: 165, inzulinnal kezelt: 3, kombinált kezelésű: 23, csak diétázó: 3), vizsgáltunk. Közülük 169-nél (férfi:83, nő: 86, BMI: 32,75±5,4 kg/m<sup>2</sup>) a kvantitatív UH-vizsgálat >5%-ot meghaladó májelszírosodást tárt fel (átlag TAI: 0,8±0,11 db/cm/MHz, TSI: 103,6±4,64, USFF: 13,04±5,22%), a májtömölytség: 5,64±1,38 kPa. A betegek 12,89%-ban (25 beteg, férfi:12, nő:13, BMI: 28,03±3,22) nem állapítottunk meg szteatózist (átlag TAI: 0,58±0,07 db/cm/MHz, TSI: 92,16±8,48, USFF: 3,79±0,66%), a májtömölytség: 5,38±1,39 kPa. A 169 szteatózisos beteg közül 73 (43,2%) kórelőzményében nem szerepelt, 96-nál (56,8%) bekövetkezett legalább egy (67 betegnél: 1, 22 betegnél: 2, 5 betegnél: 3, 2 betegnél: 4 szövödmény). Míg a 25 nem szteatózisos betegek közül 7 (28%) beteg kórelőzményében nem szerepelt, 18 (72%) betegnél bekövetkezett legalább egy vaszkuláris esemény (7 betegnél: 1, 7 betegnél: 2, 2 betegnél: 3, 1 betegnél: 4 és 1 betegnél: 5). A 101 súlyos szteatózisos betegek közül 48 (47,52%) beteg kórelőzményében nem szerepelt, 53 (52,47%) betegnél bekövetkezett legalább egy (35 betegnél: 1, 13 betegnél: 2, 3 betegnél: 3, 1 betegnél: 4) szövödmény. A nem szteatózisos, a szteatózisos és a súlyos szteatózisos csoport szövödményszám-emelkedése szignifikánsan különbözött (p=0,00052). A szövödményszám szerinti csoportosítás esetén a 4 szövödménnyel rendelkezőknél bizonyult szignifikáns különbség a szteatózis tekintetében.

**Conclusion:**A hasi áttekintő ultrahang vizsgálat során kiszűrt T2DM betegeink 87,11%-ánál igazoltunk májelszírosodást, ezen belül pedig az összes beteg 52,06 %-ánál mutattunk ki súlyos elszírosodást nem-invazív kvantitatív ultrahang módszerünkkel. Retrospektív adatfeldolgozásunk szerint a szteatózis tovább növeli a mikro- és makrovaszkuláris szövödmények arányát a diabéteszes betegeknek.

## 62. AKUT LYMPHOID LEUKÉMIÁS (ALL) BETEG HEPATITIS E VÍRUS INFEKCIÓJA – VÁRHATUNK-E A KEZELÉSEL?

Krolopp A.<sup>1,4</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Bánhidi C.<sup>1</sup>, Tárkányi I.<sup>2</sup>, Halász J.<sup>3</sup>, Szalay F.<sup>1</sup>, Folhoffer A.<sup>1</sup>

1. SE Belgyógyászati és Onkológiai Klinika; 2. SE Belgyógyászati és Haematológiai Klinika; 3. SE Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet; 4. SE Családorvosi Tanszék

**Bevezető:** A hepatitis E vírus (HEV) leginkább akut infekciót okoz és az esetek döntő többségében nem igényel speciális kezelést. Immunszuprimált betegekben azonban elhúzódóvá válhat és a terápiás döntéseket nehezítheti.

Eset: egy 40 éves B-sejtes akut lymphoid leukémia (ALL) miatt kezelt és gondozott férfi beteg esetét mutatjuk be, akinek hematológiai kezelése során emelkedett májfunkciós értékek adtak okot hepatológiai kivizsgálására.

A beteg 2024 őszén nem múló lázas betegség miatt fordult orvoshoz. Az ekkor végzett laboratóriumi vizsgálat során pancytopeniát észleltek. Az eltérés háttérében végül B sejtvonalat érintő ALL (akut lymphoid leukaemia) igazolódott. 2025 őszén hyperfrakcionált cyclophosphamid, vincristin, doxorubicin, és dexamethason (hyper-CVAD) kemoterápiában részesült. Kezelése során emelkedő májfunkciós értékeket láttak. Felmerült az alkalmazott hematológiai kezelés mellékhatásának gyanúja, illetve egyéb etiológia kizárása céljából irányították hepatológia ambulanciánkra. Kivizsgálása során GPT túlsúlyú transzamináz emelkedést észleltünk, a hasi UH-on érdemi eltérés nem ábrázolódott. Víruszserológiai vizsgálata EBV, CMV, HAV, HBV, HCV vagy HEV fertőzésre utaló eltérést nem igazolt. Immunológiai és anyagcsere betegségek irányába kiegészítő vizsgálatokat kértünk, ezek eredménye is negatív lett. Mindezek nem segítettek az etiológia tisztázásában, ezért májbiopsziát végeztünk. A szövettani lelet toxikus májkárosodás lehetőségét vetette fel. Mivel immunszuprimált állapotban a hepatitis E elleni antitest mutathat álnegatív eredményt, HEV PCR-t is kértünk, ami pozitív lett. Az akut leukémia miatt indokolt hematológiai kezelését halasztani kényszerültünk, ribavirin kezelést kezdünk. Ezt követően a beteg laborleletei jelentősen javultak, a vérből kimutatható vírusszám csökkent. Onkológiai kezelését később, ugyan módosított protokollal, szoros kontroll mellett folytatni tudtuk.

**Megbeszélés:** A HEV fertőzés világszerte előfordul, különösen azokban a régiókban, ahol a higiénés viszonyok és az ivóvíz minősége nem megfelelő. Terjedésének módja elsősorban feco-oralis, azonban, transzplantáció és transzfúzió útján is átvihető. Fontos, hogy kemoterápiás kezelés során észlelt májfunkció emelkedés esetén az aktív hepatitis E vírus infekcióra is gondoljunk, az egyéb etiológiai tényezők kizárása mellett. Előfordulhat, hogy az aktív fertőzés annak ellenére is jelen van, hogy a HEV irányú szerológiai vizsgálatok negatívak.

Bár a fertőzés egészséges egyénekben sokszor tünetszegény és kezelést nem igényel, immunszuprimált betegekben elhúzódó lefolyású lehet, gyógyszeres kezelésre is szükség lehet. A korai diagnózis és a mihamarabb megkezdett vírusellenes kezelés rendkívül fontos. Onkológiai kezelésben részesülő betegek esetén az alapbetegség progressziója szempontjából kiemelt jelentőségű, hogy az onkológiai kezelés minél rövidebb ideig maradjon ki.

## 63. MŰANYAG ÉS FÉM EPEÚTI STENTEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA PANCREASFEJ-DAGANAT OKOZTA DISTALIS EPEÚTI SZŰKÜLETBEN

Kui B.<sup>1</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szántó F.<sup>1</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Magyar D.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológia Centrum

**Introduction:** Pancreasfejdaganat okozta distalis epeúti szűkület esetén az ERCP során végzett epeúti drenázs alapvető jelentőségű. A műanyag és fémstentek alkalmazása egyaránt elfogadott, azonban optimális választásuk klinikai helyzettől függ. Műanyag epeúti stent alkalmazása rövid várható túlélés, valamint a közeljövőben végzett Whipple műtét esetén javallt, míg fémstent használata javasolt, amennyiben 4 hónapnál hosszabb túlélés várható. **¶Aims:** Vizsgálatunk célja a műanyag és fém epeúti stentek összehasonlítása volt a reintervenció igény és a klinikai kimenetel szempontjából. **¶Methods:** Egycentrumos, retrospektív vizsgálatunkban a Szegedi Tudományegyetemen 2025-ben végzett ERCP-k adatait

elemeztük pancreasfej-daganat okozta distalis epeúti szűkület miatt. A primeren behelyezett műanyag és fémstentek esetében összehasonlítottuk a reintervenció szükségességét és az ismételt beavatkozásig eltelt időt.

**¶Results:** Szegedi Tudományegyetem Gasztroenterológiai Centrumunkban 2025-ben összesen 908 ERCP-t végeztünk, ebből pancreas fej neoplasia okozta distalis epeúti szűkület miatt 87 beteg esetén végeztük primeren a vizsgálatot. Összesen 87 beteg került az elemzésbe bevonásra (műanyag epeúti stent n=39, fémstent n= 48). Epeúti plastic stent esetén a reintervenció szükségessége szignifikánsan magasabb volt (69 % vs 18 %) az epeúti fémstent használatához képest. Ugyanakkor eddigi elemzésünkben nem találtunk szignifikáns különbséget a reintervencióig eltelt időben (15±2 vs 24±6) hét. A további vizsgált tényezők (életkor, nem, kemoterápia) nem mutattak egyértelmű összefüggést a reintervenció szükségességével.

**¶Conclusion:** Pancreasfej-daganat okozta epeúti szűkület esetén a fémstent alkalmazása szignifikánsan alacsonyabb reintervenciósi igénytel jár. Ugyanakkor azon kevés esetben, amikor a fémstent elzáródása miatt volt szükség ismételt stentelésre, a beavatkozásig eltelt idő nem különbözött szignifikánsan a plastik stenteléshez viszonyítva. Ezen esetekben csak tendenciózus eltérést láttunk, azonban ezt az egyelőre alacsony bevont esetszám is magyarázhatja. Eredményeink alátámasztják az epeúti fémstent preferálását megfelelő túlélési idő várhatósága esetén.

#### 64. CLASSIFICATION OF LATE POST-PANCREATITIS FLUID COLLECTIONS – PROSPECTIVE SINGLE CENTRE COHORT STUDY

Lázár B.<sup>1,2</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Pankreas Betegségek Intézete

**Background:** Post-pancreatitis fluid collections are significant complications of acute pancreatitis that require accurate classification for optimal management. The previously used radiological predictive classification for early (within four weeks) post-pancreatitis fluid collections is the mCTSI score.

**Aim:** The aim is to develop a new classification system to stratify local fluid collections after acute pancreatitis lasting more than four weeks, as there is currently no precise classification of this heterogeneous group of patients.

**Methods:** We performed a single-centre, prospective (n=70) study of patients with pancreatitis treated at the Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, between April 2022 and December 2024, who developed pseudocysts or walled-off necrosis 4 weeks after acute inflammation. We created a new classification system for stratifying localized effusions after pancreatitis that persist for more than four weeks. The classification has three main components: morphological type (P/W), size and distribution (0-3), and clinical manifestation (N/S/I). We examined mortality, LOH, ICU demand, reintervention, and intervention approaches in different groups.

**Results:** Seventy late post-pancreatitis fluid collections were analysed. WON was associated with significantly longer hospitalization than pseudocysts (23 vs. 6 days; p = 0.026). Cyst size strongly correlated with LOH (0 vs. 17 vs. 21 vs. 29 days), as did clinical manifestation (0 vs. 13.5 vs. 24 days). Intervention type varied mainly by size and infection status (p < 0.0001), while pseudocyst vs. WON did not influence first-line therapy (p = 0.18). Reintervention was more frequent in WON (30.6% vs. 9.5%; p = 0.043) and in larger

or infected collections. ICU demand was markedly higher in WON (36.7% vs. 4.8%; p = 0.0085). Six-month outcomes showed increased mortality in Size 3 lesions (27.3%) and in infected collections (15.4%), whereas Size 1 lesions had the highest regression rate (71.4%). The classification consistently stratified patients according to severity, intervention need, and prognosis.

**Discussion:** The new classification provides a structured, clinically relevant system for stratifying post-pancreatitis pseudocysts and WON. Its implementation may enhance patient management by guiding individualised therapeutic approaches based on lesion morphology, size, distribution, and infectious status. Further studies are warranted to assess its impact on clinical outcomes and therapeutic decision-making.

#### 65. DIAGNOSZTIKUS ÚTVESZTŐ EGY CISZTÓZUS MÁJELVÁLTOZÁS KIVIZSGÁLÁSA SORÁN – KÉZELTLEN FORDULAT KOMPLEX KLINIKAI ESETÜNK VÉZELÉSE SORÁN

Leiszter K.<sup>1,2</sup>, Miheller P.<sup>1,2</sup>, Dezsényi B.<sup>1</sup>, Farkas Á.<sup>3</sup>, Székács E.<sup>4</sup>, Hahn O.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Hagymási K.<sup>1,2</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék; 3. Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika; 4. Semmelweis Egyetem, Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet

**Bevezetés:** A máj cisztózus elváltozásai heterogén kórképcsoportot alkotnak, amelyek közé veleszületett, gyulladásos, parazitás és daganatos eredetű betegségek egyaránt tartoznak. A differenciáldiagnosztika gyakran kihívást jelent, mivel a klinikai tünetek, valamint a képalakító vizsgálatok eredményei sok esetben áttekintést mutatnak. A pontos etiológia meghatározása kulcsfontosságú a megfelelő terápiás stratégia megválasztásához és a szövődmények megelőzéséhez.

**Esetismertetés:** 2025. szeptember estjén a SE Neurológiai Klinikáról került átvételre gasztroenterológiai osztályunkra egy 73 éves, terhelt kardiovaszkuláris anamnézisével nőbeteg, ahol átmeneti dysarthria, alsó végtagi gyengeség miatt vizsgálták. Akkor már kb. egy hete észlelt hasi panaszok, illetve emelkedett szeptikus és cholestaticus értékek miatt hasi UH, majd CT vizsgálat történt. Utóbbi vizsgálat súlyos cholecystitist igazolt, a környező szövetek konzekutív jellegű gyulladással, valamint a máj jobb lebenyében egy közel 10 cm-es legnagyobb átmérőjű, szeptált, sűrű bennékű, halmozó falú cisztózus képlet került leírásra, amely leginkább abscessusnak felelt meg. Sebészeti konzílium történt, aki akut műtétet nem indokált, epehólyag és májtályog drainage-t javasolt. Megfelelő tenyésztések (haemokulturapár, ill. cholecysta és a májtályog drainből vett minták) levételét követően empirikus, széles spektrumú antibiotikus kezelést indítottunk. A májtályognak tartott eltérésekből típusosnak mondható genny nem ürült, a levett mintában baktérium vagy fehérvérsejt minimális mennyiségben volt, kórokozó nem tenyésztett ki, rendszeres öblítés ellenére a drain hozama fokozatosan elapadt. Ismételt hasi CT vizsgálat és intervenció radiológiai konzílium történt, a májcisztának/tályognak megfeleltethető képlet regrediált, multidiszciplináris máj-teamnek többször referáltak az esetet, ennek értelmében drain-ek bent hagyását, konzervatív terápia folytatását javasolták. Infektológussal történt egyeztetés alapján Echinococcus irányába vizsgálatot indítottunk (vér, és ciszta-szivadékot

egyaránt), a cisztatartalom PCR vizsgálata negatív eredményt adott.

A májelhárítóból vett minta ugyanakkor sem klinikailag sem laboreltéréseket tekintve nem korrelált az elsődleges radiológiai véleménnyel, ezért ismételt radiológiai véleményezést kértünk, a CT képanyag ismételt áttekintése alapján a májban látott eltérés tályogra nem volt egyértelműen specifikus, a szeptált képlet drainjének repozíciója ellenére sem ürült jelentős purulens hozam. A mintából bilirubin meghatározásra mintát küldtünk, amely discereten emelkedett bilirubinszintet igazolt. Diagnosztika kiegészítéseként a máj cisztózus elváltozásából citológiai mintavétel és ismételt lipáz meghatározást küldtünk, utóbbi a cisztatartalomban enyhén emelkedett lipáz értékre utalt. Májban leírt elváltozás etiológiájának tisztázására hasi MR/MRCP vizsgálatot kértünk, amely továbbra sem foglalt egyértelműen állást az etiológiára vonatkozóan, ugyanakkor a korábbi képanyaggal összevetve, a vaskos falú körülírt folyadékgyülem mérete tovább csökkenő tendenciát mutatott, benne kiválasztott epe nem jelent meg, a cholecysta továbbra is gyulladós jeleket mutatott, csökkenő környezeti beszűrődéssel.

Idő közben az Echinococcus irányú vérvétel Elisa és Western blot vizsgálat pozitív eredményt adott, a cisztatartalomból nyert punktatum üledékének citopatológus által végzett mikroszkópos vizsgálata pedig nagyszámú scolex jelenlétét igazolta, mindezek alapján a máj laesio Echinococcus cisztának felelt meg.

Infektológussal történt egyeztetés alapján Echinococcus granulosis fertőzés miatt albandazol kezelést vezetünk be. A diagnózis birtokában ismételt májteam-veleményezést kértünk, javaslatuk alapján a bevezetett per os terápia mellett késleltetett, többlépcsős PAIR beavatkozásra került sor, majd az Echinococcus cisztából a drain eltávolításra került. A cholecysta-drain frakcionált lezárását követően, rendszeres öblítés mellett lezártuk, a beteg panaszt emellett nem jelzett. 2026. febr.-ban novum neurológiai tünetek kapcsán neurológiai konzílium, majd CT-angiográfiás vizsgálat történt, amelyen progressziót mutató, szignifikáns a. carotis interna (ACI) szűkület került leírásra, ezért érsebészeti ellátás céljából a beteget áthelyeztük.

**Összefoglalás:** Az eset rávilágít arra, hogy az Echinococcus ciszták diagnosztikája komplex lehet, különösen negatív PCR eredmény esetén, ahol a citológia és a szerológia döntő szerepet játszik. Betegünk kezelése multidiszciplináris megközelítést igényelt, amely magában foglalta hepatológus, sebész, radiológus, infektológus és patológus Kollégákkal való szoros együttműködést. Atípusos megjelenésű májciszták esetén az echinococcosis differenciáldiagnosztikai jelentősége kiemelendő. A sikeres kezelés kulcsa lehet a korai felismerés és a célzott gyógyszeres terápia, a társbetegségeket is figyelembe véve.

#### 66. INFLAMMATORY CYTOKINES MODULATE HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> SECRETION IN PANCREATIC DUCT EPITHELIUM CELL

Li M.<sup>1</sup>, Kosztá G.<sup>1</sup>, Yosef B.<sup>1</sup>, Volford B.<sup>1</sup>, Hegyí P.<sup>2,3,4,5</sup>, Venglovecz V.<sup>1,2,3</sup>

1. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Institute for Pancreatic Disorders, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** Pancreatic duct epithelial cells play a critical role in HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> secretion, which is essential for normal pancreatic function and is often altered under inflammatory conditions, such as pancreatitis. **Aims:** Exploring the direct effects of inflammatory factors on ductal HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> secretion.

**Methods:** Mouse intra/interlobular pancreatic ducts were treated with tumor necrosis factor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), interleukin-6 (IL-6), or interleukin-9 (IL-9) at concentrations of 1, 10, 100 ng/mL for 24 h. Intracellular pH (pHi) recovery following alkali load was measured using the NH<sub>4</sub> Cl pulse technique under fluorescence microscopy to assess HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> secretion.

**Results:** TNF- $\alpha$  exhibited an inhibitory effect on HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> secretion, decreasing the recovery rate at 1 and 100 ng/mL. In contrast, IL-6 significantly enhanced pH and recovery from alkalosis across all tested concentrations. Interestingly, IL-9 showed a concentration-dependent biphasic response, with reduced recovery at low (1 ng/mL) and high (100 ng/mL) concentrations but stimulation at the intermediate (10 ng/mL) concentration.

**Conclusion:** These results suggest that inflammatory cytokines differentially modulate HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> secretion in pancreatic duct epithelial cells which may contribute to altered ductal function under inflammatory conditions.

#### 67. PRE-EXISTING AND NEWLY DEVELOPED CARDIAC ABNORMALITIES ARE ASSOCIATED WITH WORSE OUTCOMES IN AP - A MULTICENTRE REGISTRY-BASED COHORT STUDY

Lillik V.<sup>1,2</sup>, Marosi K.<sup>1</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>1,3</sup>, Hegyí P.<sup>1,3,4,5</sup>, Nagy R.<sup>1,6</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. First Department of Internal Medicine, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary

**Introduction:** Cardiac abnormalities may worsen outcomes in acute pancreatitis (AP). We evaluated the association between pre-existing and newly developed cardiac alterations and severity, in-hospital, and 1-year mortality.

**Methods:** We performed a post-hoc analysis of the prospective, multicentre AP Registry of the Hungarian Pancreatic Study Group, including 4,199 patients (2014–2024). Pre-existing chronic heart failure (CHF), pre-existing atrial fibrillation (preAF), newly discovered atrial fibrillation (newAF), acute heart failure (AHF), and QTc prolongation were analysed. Associations with disease severity, in-hospital mortality and 1-year mortality were assessed using chi-square and Fisher exact tests.

**Results:** Mean age was 56.8±17.2 years, 43% female; AP severity was moderate in 25%, and severe in 7%. In-hospital and 1-year mortality were 3% and 10%. In-hospital mortality was higher in patients with CHF (7.6% vs 3.0%, p=0.002) and preAF (8.4% vs 2.9%, p<0.001). Similarly, 1-year mortality was increased in CHF (23.5% vs 8.9%, p<0.001) and preAF (19.4% vs 8.9%, p<0.001). Patients with AHF developed moderate/severe AP more frequently (72.7% vs 32.0%, p<0.001) and had markedly higher in-hospital mortality (35.4% vs 2.5%, p<0.001) and 1-year mortality (46.5% vs 8.6%, p<0.001). NewAF was also associated with increased in-hospital (13.2% vs 3.2%, p=0.007) and 1-year mortality (33.3% vs 9.3%, p<0.001). Among ECG abnormalities, QTc

prolongation was associated with higher disease severity (36.7% vs 29.6%,  $p=0.027$ ) and 1-year mortality (12.7% vs 8.1%,  $p=0.049$ ).

**Conclusion:** Both pre-existing and newly developed cardiac abnormalities are associated with worse short- and long-term outcomes in AP.

#### 68. THE ROLE OF CHOLESTEROL IN PANCREATIC DISEASE PROGRESSION: A POST-HOC ANALYSIS OF PROSPECTIVELY COLLECTED LONGITUDINAL DATA

Lipp M.<sup>1,2</sup>, Szentesi A.<sup>2,3</sup>, Abonyi-Tóth Z.<sup>2</sup>, Farkas N.<sup>3</sup>, Vass V.<sup>3</sup>, Márta K.<sup>1,2,3</sup>, Izbéki F.<sup>4</sup>, Gajdán L.<sup>4</sup>, Eröss B.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,5</sup>, Mikó A.<sup>2,3,6</sup>

1. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Szent György Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 5. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. Department of Medical Genetics, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary

**Introduction:** Acute pancreatitis (AP) carries a 5.5% one-year mortality, highlighting the need for long-term follow-up. Hypercholesterolemia (HCH) has been linked to adverse outcomes.

**Aims:** Our study aimed to evaluate the impact of cholesterol levels on pancreatic disease progression during the acute phase and in a prospective multicentre follow-up in the late phase of the disease.

**Methods:** Data from 562 AP patients (GOULASH-study) and 242 patients from follow-up (GOULASH-PLUS study) were analyzed. Acute-phase outcomes included disease severity, local complications, organ failure, necrosis, length of hospital stay, and mortality. The follow-up assessed long-term morphological progression and endocrine pancreatic damage over four years. Associations between HCH (total cholesterol) and disease progression were evaluated using multivariate regression models.

**Results:** Among AP patients, 303 had mild, 220 moderate, and 39 severe disease. Patients with organ failure ( $n=67$ ) had a higher mean cholesterol than those without organ failure ( $n=495$ ) ( $6.28\pm 4.92$  vs  $4.91\pm 2.55$  mmol/L;  $p=0.019$ ). During follow-up, nearly half of HCH patients progressed to recurrent AP, early chronic pancreatitis, or chronic pancreatitis by year 3, compared with 30% of patients with normal cholesterol. HCH more than doubled the odds of disease progression (OR 2.21, 95% CI 1.01–4.85;  $p=0.047$ ) and independently increased the risk of glycemic deterioration (OR 3.43, 95% CI 1.04–12.5;  $p=0.050$ ), with fewer HCH patients remaining normoglycemic (30% vs. 44%).

**Conclusion:** Hypercholesterolemia is associated with an increased risk of developing complications during the acute and late phases, supporting the importance of early identification and management in AP patients. The last two authors contributed equally.

#### 69. DEPRESSIVE AND ANXIETY SYMPTOMS AND SUBSTANCE USE IN RELATION TO PANCREATITIS DISEASE STAGES

Lippai J.<sup>1,2</sup>, Fehér T.<sup>1,2,3</sup>, Németh Z.<sup>1,2</sup>, Doszpoly A.<sup>1,2</sup>, Kertész B.<sup>1,2</sup>, Boros H.<sup>1,2</sup>, Szentesi A.<sup>2,4</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,5,6</sup>

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

Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Developmental Psychology, Institute of Psychology, Károli Gáspár University of the Reformed Church in Hungary; 4. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary; 5. Centre for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary; 6. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Acute pancreatitis (AP) may progress along a disease spectrum through recurrent acute pancreatitis (RAP) to early chronic pancreatitis (ECP) and acute-on-chronic pancreatitis (ACP).

**Aims:** Since anxiety and depression may contribute to maladaptive coping behaviors, we examined associations between disease stage, anxiety/depression symptoms, and tobacco and alcohol use.

**Methods:** A total of 1977 patients treated for pancreatitis at a tertiary pancreatology center completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Scores were categorized as normal (0–7), borderline abnormal (8–10), or abnormal (11–21). Smoking and alcohol use were assessed via patient interviews. Associations between disease stage and categorical variables were analyzed using chi-square tests with Cramér's V for effect size. Available-case analyses were conducted.

**Results:** Disease stage showed the strongest associations with smoking,  $\chi^2(3, N = 340) = 18.82, p < .001$ , Cramér's V = .235, and drinking status,  $\chi^2(3, N = 338) = 13.79, p = .003$ , Cramér's V = .202. Disease stage was also significantly associated with depression,  $\chi^2(6, N = 1685) = 13.77, p = .032$ , Cramér's V = .064, and anxiety severity,  $\chi^2(6, N = 1668) = 26.35, p < .001$ , Cramér's V = .089.

**Conclusion:** Smoking and alcohol showed the strongest association with disease stage. Depression and anxiety symptoms were also significantly associated with disease stage, although effect sizes were small. These findings suggest that psychological factors may be relevant, particularly in advanced stages, supporting comprehensive care approaches beyond focusing solely on smoking and alcohol cessation.

#### 70. THE PROGNOSTIC ROLE OF PORTAL VEIN THROMBOSIS IN MALIGNANT AND NON-MALIGNANT HEPATIC AND OTHER GASTROINTESTINAL DISEASES - DATA FROM A NORTH-EAST HUNGARIAN HOSPITAL

Lombay B.<sup>1</sup>, Molnár R.<sup>1</sup>, Petrovai Z.<sup>1</sup>, Szabó L.<sup>1</sup>, Nyári G.<sup>1</sup>, Nagy K.<sup>2</sup>

1. 2nd Department of Gastroenterology and Medicine, Borsod County Central Teaching Hospital, Miskolc; 2. Department of Laboratory Medicine, Borsod County Central Teaching Hospital, Miskolc

**Introduction:** Portal vein thrombosis (PVT) is a moderately common (1-15%) complication of liver cirrhosis and may associate with malignant hepato-biliary and gastrointestinal tumors. Furthermore, abdominal infections and thrombophilia are rare but not negligible causes of PVT. The presence of PVT in different gastrointestinal diseases may predict the overall survival (OS) times; slight Hungarian data are available in this topic.

**Aims:** To evaluate the most frequent malignant and non-malignant causes of PVT and compare the median survival time periods for patients with malignant or other PVT origins.

**Methods:** From 2020 to 2025, we retrospectively analyzed the data of 144 PVT patients. We registered the baseline

demographic, anamnestic and laboratory data and classified the patients into malignant and non-malignant PVT groups (72-72 subjects). We investigated the influence of underlying diseases, baseline parameters and anticoagulant therapy for OS.

**Results:** Forty-six male (M) and twenty-six female (F) PVT patient had malignant disease (MD). MD patients were significantly older than malignancy-free (MF) subjects (M: 65.93±7.60 vs. 55.81±13.44, p<0.001; F: 70.30±9.52 vs. 63.00±12.67 years, p<0.005). Baseline laboratory data of hepatic function (albumin, bilirubin, INR) showed no significant differences between the two groups. Seventy-five percent (75%) of patients with abdominal symptoms were diagnosed with ultrasound imaging and 25% of PVTs were recognized by staging CT examinations, suggesting a chronic thrombotic event. The underlying MDs were hepatocellular carcinoma (39%); pancreatic cancer (21%); cholangiocellular carcinoma (10%); metastatic colorectal and gastric cancer (8+5%). High proportion of MF subjects had decompensated liver cirrhosis (50%), acute or chronic pancreatitis (10%), cholangitis (10%), and thrombophilia (10%). All patients received low molecular weight heparin therapy. The median OS showed a strong disadvantage for the MD group (2.00±8.65 vs. 23.00±23.35 months, p<0.001). The odds ratio (OR) for 3/6 months mortality was 4.54 (95% confidence interval (CI): 2.25-9.16) and 6.51 (CI: 3.06-13.80) in MD vs. MF comparison (p<0.001, respectively). PVT patients with existing diabetes had a 2.5 OR for MDs (CI: 1.27-4.36). There was no significant OS difference according to various malignancies. Median OS was significantly shorter for decompensated vs. non-cirrhotic PVT patients (6.5±21.00 vs. 33.00±24.42 months, p<0.05).

**Conclusion:** Portal vein thrombosis associated with malignant gastrointestinal diseases predicts poor prognosis and anticoagulant therapy cannot influence the overall survival time; other negative predictive factors are male sex and diabetes. Cirrhotic PVT patients without malignancy also have a limited life expectancy, in contrast, other reasons of PVT treated with anticoagulants have a much better prognosis.

## 71. EGY ÜLÉSBEN VÉGZETT EUH-ERCP - TAPASZTALATOK 102 ESET KAPCSÁN

Lőrinczi C.<sup>1</sup>, Tarpay Á.<sup>1</sup>, Egyedné Bihari M.<sup>1</sup>, Sütő G.<sup>1</sup>, Szmola R.<sup>1</sup>

1. EUH-ERCP labor, Országos Onkológiai Intézet

**Bevezetés:** Az endoszkópos ultrahang (EUH) és az endoszkópos retrográd cholangiopancreatographia (ERCP) egy ülésben történő elvégzésének számos előnye van a beteg, a vizsgáló, illetve a finanszírozás szempontjából is. A két módszert együttesen alkalmazva a kanülációs és FNB sikerráta sem csökken. Ezt a hatékonyságot felismerve egyre több nemzetközi irányelvbe kerül ez a módszer integrálásra, de a hazai esetszámok még alacsonyak.

**Módszerek:** Vizsgálatunk során az Országos Onkológiai Intézetben 2024 és 2025-ben az egy ülésben elvégzett EUH és ERCP vizsgálatok retrospektív értékelését végeztük el. Elemeztük a vizsgálatok indikációit, a diagnosztikus pontosságát (EUH), a helyszíni citológia (ROSE – rapid on-site cytology) találati arányát, a kanülációs sikerrátát (ERCP), és az epeúti fémstent behelyezési arányt.

**Eredmények:** Az elemzett időszakban n=102 betegnél történt kombináltan a vizsgálat: 72 esetben képalkotón egyértelműen kimondott malignus betegség, 18 esetben bizonytalan dignitású eltérések és 11 esetben benignus kórkép miatt kérték az EUH-ERCP-t. A malignus csoport megoszlása: pancreas daganat (72%), epeúti neoplasia

(21%), papilláris betegség (4%) és egyéb malignitás (3%). Végső diagnózis tekintetében 87,5%-ban a malignus indikációnak megfelelően rosszindulatú eltérést találtunk (12,5% benignus csoportba sorolódott), a bizonytalan dignitású csoportban 50%-ban igazolódott malignitás (összegezve: 72 eset malignus, 30 eset benignus). Malignus esetekben az első képalkotótól az EUH-ERCP elvégzéséig átlagosan eltelt idő 14,1 nap (szórás: 11,1 nap) volt. Az EUH diagnosztika 100%-ban megelőzte az ERCP terápiát. Pancreas daganatok esetén az EUH lokális érstaging során a CT lelethez képest a 27%-ban igazoltunk előrehaladottabb betegséget. Diagnosztikus mintavétel a malignus esetekben 86%-ban történt FNB-vel, 14%-ban kefecitológiával, 9%-ban intraductalis biopsziával, 2%-ban papilla biopszia is történt, bizonyos esetekben a mintavételi technikákat kombináltuk. FNB mintavételek esetén helyszíni citológiát 75%-ban vettünk igénybe. A véglegesített malignus diagnózist 95,5%-ban már a helyszínen is kimondták. A malignus esetek 95%-ában volt sikeres az epeúti kanüláció és stentelés. A ROSE malignus esetekben 95%-ban a végleges fémstent került behelyezésre már az első ERCP vizsgálat során. Szövődményt 5%-ban észleltünk.

**Konklúziók:** Az EUH-ERCP tandem alkalmazása az „EUH-first” modell megvalósulásával mind a diagnosztikát (staging+mintavétel), mind a terápiát (stentválasztás) hatékonyabbá teszi. Az onkoterápia előtti intervenciók száma látványosan csökkenthető, akár egyetlen endoszkópos ülésre összevonható, hiszen a helyszíni citológiával kiegészített EUH azonnali epeúti fémstent beültetést tesz lehetővé az első ERCP során.

## 72. OUR FIRST CASE OF EUS-GUIDED LIVER BIOPSY

Lőrinczi C.<sup>1</sup>, Tarpay Á.<sup>1</sup>, Egyedné Bihari M.<sup>1</sup>, Sütő G.<sup>1</sup>, Szmola R.<sup>1</sup>

1. EUH-ERCP Laboratory, Center for Interventional Endoscopy, National Institute of Oncology

We present the case of a patient who underwent EUS-guided liver biopsy. The patient's medical history is notable for long-term treatment with ursodeoxycholic acid due to presumed seronegative primary biliary cholangitis (PBC), which was later discontinued following the diagnosis of a hematological malignancy. After achieving remission of the malignant hematological disease, elevated liver enzymes were detected. During further evaluation, the autoimmune panel remained negative. Magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) suggested caliber irregularities of the intrahepatic bile ducts, raising the suspicion of biliary pathology. For further assessment, the patient was referred for EUS examination.

During EUS, no abnormalities were identified in the bile ducts; therefore, an EUS-guided liver biopsy was scheduled. Tissue core samples were obtained from both hepatic lobes using the modified wet heparin suction technique with 19 G flex needle (Processor: Fujinon SU-1) After the biopsy we monitored the patient for 24 hours and no complications were observed. Macroscopically the specimens were considered adequate, which was confirmed by our pathologists. Histological processing also demonstrated that the samples were of sufficient quality for diagnostic evaluation. At the time of abstract submission, the final histopathological result was still pending.

### 73. A NAVICAM XS GYOMOR VÉKONYBÉL KAPSZULA BIZTONSÁGOSSÁGA ÉS ALKALMAZHATÓSÁGA GYOMOR ÉS VÉKONYBÉL KAPSZULA ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK SORÁN

Madácsy L.<sup>1</sup>, Finta Á.<sup>1</sup>, Németh B.<sup>1,2</sup>, Göbl J.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Katona M.<sup>1</sup>, Novák P.<sup>1,3</sup>, Bélafi D.<sup>1</sup>, Tupcsia F.<sup>1</sup>, Maróti Z.<sup>1</sup>, Sziklasi T.<sup>1</sup>, Szombath R.<sup>1</sup>

1. Endo-kapszula Magánorvosi Centrum, Székesfehérvár; 2. Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Győr; 3. Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórház, Kecskemét

**Bevezetés:** A vékonybél kapszula endoszkópia elsőként választandó diagnosztikus eljárás a vékonybél betegségek, ezen belül is az obstrukív vékonybél eredetű vérzések és a vékonybél Crohn betegség diagnosztikájában. A kapszula lenyelése általában könnyedén kivitelezhető, azonban gyermekek és funkcionális nyelészavarral vagy eosinophyl esophagitissal rendelkező felnőttek esetében kihívást jelenthet, amikor endoszkópos lehelyezés jön szóba. Ezen esetekre fejlesztették ki a NavicamXS gyomor és vékonybél kapszula endoszkópot melynek mérete 44%-kal kisebb a hagyományos vékonybél kapszula endoszkópnál (20x9 mm).

**Célkitűzés:** A Navicam XS kapszula és a hagyományos Navicam SB kapszula endoszkóp összehasonlítása a tranzit idő és a teljes gyomor és vékonybél komplett áttekinthetősége tekintetében.

**Módszer:** Jelen prospektív, vizsgálatunkba 50 olyan beteget vontunk be, akik gyomor és vékonybél kapszula endoszkópiára voltak előjegyezve, 25 beteg a Navicam XS kapszulát, míg 25 beteg Navicam SB kapszulát nyelt le sikeresen. A gyomorban automatikus AI alapú robotikailag irányított vizsgálat történt (Gastroscan), majd ezt követően a vékonybél vizsgálatát is elvégeztük minden esetben. A vékonybél tranzit alatt minden beteg 500 ml PEG oldatot (Macrogol) kapott, ebben a betegcsoportban prokinetikum adásától eltekintettünk.

**Eredmények:** A két csoport között demográfiai különbség nem volt, vékonybél obstrukciót okozó eltérés egyik betegben sem igazolódott. Az átlagos gyomor tranzit idő tekintetében az XS csoport a hagyományos SB csoporthoz képest, 44 perc vs. 61 perc volt. Az átlagos vékonybél tranzit időket tekintve az XS csoport kissé, de nem szignifikánsan lassabb volt a hagyományos SB csoporthoz képest: 210 perc vs. 187 perc. A teljes gyomor és vékonybél tranzit idő a két csoportban nem különbözött szignifikánsan. Mindkét csoportban minden betegben a kapszula az üzemidőn belül elérte a vastagbelet. Szövédményt, vagy kapszula retenciót nem észleltünk egyik betegcsoportban sem.

**Következtetések:** Az új kis méretű, mágneses gyomor és vékonybél kapszula endoszkóp XS biztonságossága és hatékonysága nem különbözik a hagyományos SB kapszulától. A vékonybél tranzit enyhe lassulása nem befolyásolja a komplett vékonybél átvizsgálások arányát, kisebb mérete azonban elősegítheti a gyermekek és a nyelészavaros felnőtt betegek vizsgálhatóságát, valamint csökkentheti a kapszula retenció esélyét.

### 74. A FEKÁLIS IMMUNKÉMIAI TESZT CUT-OFF ÉRTÉKÉNEK OPTIMALIZÁLÁSA ÉS A NEMI KÜLÖNBSEGEK VIZSGÁLATA

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

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

**Introduction:** A magyarországi populációs szintű vastagbélrákszűrő programban az 50–70 éves korosztályban végzett kolonoszkópia előfeltétele a 17 µg hemoglobin/g széklet küszöbértéket meghaladó pozitív fekális immunkémiai teszt (FIT). Ugyanakkor a pozitív FIT-et követő szűrő kolonoszkópiák jelentős része nem igazol neoplasztikus eltérést. **¶Aims:** Célunk a jelenleg alkalmazott FIT cut-off érték optimalizálása, a nemek közötti különbségek vizsgálata, valamint egy másodlagos, colorectalis carcinoma (CRC) szempontjából magas kockázatot jelző küszöbérték meghatározása volt.

**¶Methods:** Retrospektív vizsgálatunkban a Szegedi Tudományegyetemen 2019 és 2025 között végzett szűrő kolonoszkópiák eredményeit vetettük össze a hozzájuk tartozó FIT-eredményekkel. A cut-off értékek optimalizálását Receiver Operating Characteristic (ROC) analízissel értékeltük az IBM SPSS és jamovi 2.6.16 statisztikai szoftverek segítségével. A statisztikailag optimális küszöbértékeket a Youden-index, a diagnosztikus teljesítményt az area under the curve (AUC) alapján határoztuk meg. **¶Results:** Összesen 1370 szűrő kolonoszkópos vizsgálat került elemzésre. A kohorszban a férfiak aránya magasabb volt (N=859; 62,7%). A polip-, adenoma- és carcinoma-detektálási arány 57,45%, 44,53% és 3,94% volt. A FIT átlagértéke nőknél 91,45 µg/g, férfiaknál 88,31 µg/g volt. A pozitív FIT mellett neoplasztikus eltérést nem igazoló esetek aránya nőknél magasabbnak bizonyult (53,03% vs. 33,99%). A neoplasztikus léziók előrejelzésére a Youden-index alapján számított optimális cut-off érték 90,4 µg/g volt (AUC=0,560), nőknél 70,7 µg/g (AUC=0,563), férfiaknál 91,1 µg/g (AUC=0,566). A küszöbérték 20 µg/g-ra emelése férfiak esetén a colonoscopiák számának 4,89%-os, valamint az adenoma találati arány 2,10%-os csökkenését eredményezné, míg nők esetén ugyanezen emelés 6,26%-os, valamint 1,57%-os csökkenést jelentene. A CRC szempontjából releváns másodlagos cut-off a nőknél magasabbnak adódott (170,0 µg/g; AUC=0,801), mint a férfiaknál (113,2 µg/g; AUC=0,726), míg a teljes populációban 122,9 µg/g (AUC=0,751) értéket kaptunk.

**Conclusion:** Az elsődleges FIT cut-off nemenkénti módosítása az AUC alapján nem biztosít megfelelő diagnosztikus pontosságot, ugyanakkor a nőknél alacsonyabb optimális küszöbérték figyelhető meg, valamint a cut-off növelése kedvezőbb eredménnyel csökkentené a felesleges colonoscopiák számát. Az elsődleges cut-off pontosításához további klinikai és demográfiai tényezők bevonása lehet szükséges. A CRC szempontjából magasabb kockázatu betegcsoport kiszűrése a másodlagos cut-off alapján közepes-jó pontossággal lehetséges, és alapot adhat a kolonoszkópia időzítésének rizikóalapú stratifikációjához

### 75. A COLORECTALIS NEOPLASZTIKUS LÉZIÓK DETEKCIÓJÁT BEFOLYÁSOLÓ FAKTOROK

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

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

**Introduction:** A magyarországi populációs szintű vastagbélrák szűrőprogram 2018-ban indult országsszerte, melynek célja az 50 és 70 év közötti korosztály körében a colorectalis carcinoma incidenciájának csökkentése.

**Aims:** Kutatásunk célja a polyp-, adenoma-, és carcinoma detekciót befolyásoló faktorok feltárása volt, mint a minőségi mutatók (szedáció, béltisztaság, coecum intubáció, visszahúzási idő), demográfiai tényezők (életkor, nem) és az endoszkópos tapasztaltsága (évek, elvégzett vizsgálatok száma).

**Methods:** Retrospektív, országos szintű kohorsz vizsgálatunk során az értékelés a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ által működtetett Nemzeti Szűrési Regiszter adatai segítségével történt. A szűrés minőségi és kimeneteli mutatóit az európai irányelvek (ESGE) definiálták.

**Results:** Összesen 27021 szűrő kolonoszkópia került bevonásra (férfi: 57,51%, átlag életkor 62,37±5,99 év). A polyp, adenoma és malignitás detekció aránya 56,56%, 33,53% és 5,51% volt. A neoplasztikus léziók többségében a bal colonfélben helyezkedtek el (polyp: 72,44%, carcinoma: 73,94%). Szedációt az esetek 66,54%-ban alkalmaztak, azonban ez nem befolyásolta jelentősen a neoplasztikus találatot. Megfelelő bélelőkészítés, coecum intubáció és visszahúzási idő 91,23%, 92,34% és 95,98%-ban volt elérhető, és ezen faktorok pozitívan összefüggtek a polyp és adenoma találat arányával ( $p < 0,001$ ). Férfiaknál a neoplasztikus léziók találati aránya magasabb volt ( $p < 0,001$ ). A 11-20 év gasztroenterológiai tapasztalattal rendelkező szűrő orvosok demonstrálták a legmagasabb polyp és adenoma detekciós arányt.

**Conclusion:** Habár a polyp detekció meghaladta az irányelv szerint elvárt minimumot, az adenoma detekció nem érte el a 35%-ot, ami jelezheti az adatbevitel hiányosságát, és egy jobban személyre szabott szűrési metodika szükségességét. A polyp és adenoma detekciós ráta pozitív összefüggést mutatott a béltisztasággal, coecum intubációval, visszahúzási idővel, és az endoszkópos tapasztaltságával.

#### 76. AZ ADENOMA DETEKCIÓS RÁTA HATÁSA A POST-POLYPECTOMIÁS SURVEILLANCE IRÁNYELV-KÖVETÉSÉRE

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

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

**Introduction:** A colorectalis daganatok post-polypectomiás követésének optimális időzítését az európai (ESGE) irányelvek a polipok száma, mérete és szövettani jellemzői alapján határozzák meg. A klinikai gyakorlatban azonban az ajánlások alkalmazása variábilis lehet.

**Aims:** Vizsgálatunk célja annak értékelése volt, hogy az endoszkópos minőségi mutatóként használt Adenoma Detekciós Ráta (ADR) összefügg-e a post-polypectomiás surveillance ajánlások alkalmazásával.

**Methods:** Retrospektív, egycentrumos vizsgálatunkban a Szegedi Tudományegyetemen 2019 és 2022 között végzett szűrő kolonoszkópiák adatait elemeztük. A követési javaslatokat és azok megfelelőségét az ESGE 2020-as irányelve alapján értékeltük. A vizsgálatban részt vevő hét endoszkópos ADR alapján három csoportba soroltuk (<30%, 30–40%, >40%).

**Results:** Összesen 733 kolonoszkópos vizsgálat került elemzésre, 3-6 éves követési periódussal. Írásos surveillance ajánlás az esetek 41,75%-ában állt rendelkezésre, a követés időzítését többségében a szövettani eredmény ismeretében határozták meg (N=254, 83,01%). A követési stratégia összességében az esetek

59,53%-ában felelt meg az irányelvnek. A 30% alatti ADR-rel rendelkező orvosok szignifikánsan alacsonyabb arányban alkalmaztak megfelelő követési időzítést (45,59%). A magasabb ADR-rel rendelkező orvosok gyakrabban adtak írásos ajánlást (56,95%), és ezek nagyobb arányban voltak irányelvnek megfelelőek (27,09%). Az ESGE ajánlástól eltérő esetek többségében indokolatlanul korai kontrollvizsgálatot javasoltak (N=65, 75,58%).

**Conclusion:** A post-polypectomiás surveillance dokumentálása és irányelv szerinti alkalmazása a gyakorlatban nem kielégítő. Az alacsonyabb ADR-rel rendelkező endoszkóposok szignifikánsan alacsonyabb guideline-adherenciát mutatnak. Az eltérések túlnyomórészt túl korai kontrollvizsgálatokhoz vezetnek, ami a kolonoszkópos kapacitás felesleges terhelését eredményezheti. Az ADR nemcsak detekciós, hanem döntéshozatali minőségi indikátorként is értelmezhető.

#### 77. BLACK OESOPHAGUS ELŐREHALADOTT MALIGNUS FOLYAMAT TALAJÁN-ESETISMERTETÉS

Mályi K.<sup>1</sup>, Hamvas J.<sup>1</sup>, Bányi A.<sup>1</sup>

1. Budapest, Péterfy Sándor Utcai Kórház és Rendelőintézet I. Belgyógyászat, Gasztroenterológia

**Bevezetés:** Az akut oesophagus necrosis (AEN), közismertebb nevén a „fekete nyelőcső”, egy ritka klinikai entitás, melyet az 1990-es évek elején írtak le először. Prevalenciája a klinikai gyakorlatban alacsony, körülbelül 0,3%. Jellemzően idős férfibetegeknél fordul elő, és leggyakrabban felső tápcsatornai vérzés képében manifesztálódik. Az AEN patofiziológiája feltételezhetően multifaktoriális: az iszkémiás inzultus, a nyálkahártya-védekező mechanizmusok károsodása, valamint a refluxátum okozta kémiai-maró sérülés együttesen járul hozzá a nekrozis kialakulásához. Bizonyos esetekben infekciózus ágensek, köztük a citomegalovírus (CMV) szerepét is felvetették.

**Esetismertetés:** 70 éves nőbetegünk jelen felvételére 2 hónap alatt bekövetkezett jelentős (20 kg) fogyás, 3 napja tartó és egyre progrediáló dyspnoe szerepelt, mely miatt ITO ellátásra is szorult. Állapotstabilizációt követően került belosztályunkra, amikor epigastriális fájdalmat és hányingert panaszolt. A gasztroszkópia a nyelőcső teljes hosszában, bár dominánsan annak disztális szakaszán a nyálkahártya diffúz, körkörös, szenesfekete elszíneződését mutatta, amely éles határral demarkálódott a gyomor-nyelőcső átmenetnél látható ép nyálkahártyától. Ezenkívül ulcus bulbi duodeni és pangasitris is észlelhető volt, ám kifejezett atonias-savhaematinos gyomorbennék miatt az részlegesen volt vizsgálható. Fenotípusa nagyban hasonlított marószert okozta nyálkahártya károsodásra, ugyanakkor ezt anamnesise nem támasztotta alá. A diagnózis megerősítését követően elvégzett hasi-kismedencei CT-vizsgálat a háttérben meghúzódó, előrehaladott malignus folyamatot igazolt, melynek primer eredete nem volt ismert.

**Kórfolyás:** A diagnózis felállítását követően komplex szupportív terápiát kezdtünk: a beteg carentia mellett intravenás volumenpótlást, nagy dózísú protonpumpa-gátló (PPI) kezelést, valamint alacsony molekulatömegű heparin (LMWH) profilaxist kapott. A korábban megkezdett széles spektrumú antibiotikus kúrát folytattuk. Az adekvát konzervatív és szupportív ellátás ellenére a beteg állapota rohamosan romlott, és napokon belül exitált. Egy héttel később megérkezett szövettan megerősítette az akut ishaemias eredetet.

**Következtetés:** Az AEN-hez társuló mortalitás rendkívül magas, megközelítőleg 12,5%, ami elsősorban a súlyos társbetegségeknek és az alapbetegség előrehaladott

állapotának tulajdonítható. A hosszú távú túlélők esetében jelentős szövődmény a nyelőcsőszűkület kialakulása, mely az esetek 25%-ában fordul elő. Esetünk rávilágít arra, hogy a „fekete nyelőcső” diagnózisa mögött gyakran súlyos szisztémás megbetegedés vagy malignitás áll, mely döntően meghatározza a beteg prognózisát, és a legmondosabb multidiszciplináris kezelés mellett is végzetes kimenetelhez vezethet.

#### 78. NASOGASTROSCOPIA HASZNA A NAPI GYAKORLATBAN ASSZISZTENSZI SZEMMEL.

Márkus-Hegyesi K.<sup>1</sup>, Balogh E.<sup>1</sup>, Kádár T.<sup>1</sup>, Bányainé Bodonyi K.<sup>1</sup>, Márkus-Gaál A.<sup>1</sup>, Gurzó Z.<sup>1</sup>

1. Békés Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán tagkórház, Endoszkópos Labor.

**Introduction:** A nasogastroszkopia egyre szélesebb körben alkalmazott módszer a felső tápcsatornai kórképek diagnosztikájának speciálisabb eseteiben. Vékony átmérőjének köszönhetően szűk átmérőjű, patológiás elváltozások esetén a műszer átvezethető a szűkületeken és fontos információkat kapunk a szűkület okáról, hosszáról illetve a szűkület mögötti szakasz is biztonságosan átvizsgálható.

**Aims:** Vizsgálatunk célja intézményünkben az elmúlt 5 év nasogastroszkopos vizsgálatainak, tapasztalatainknak bemutatása. Az indikációnak és klinikai hasznosságának ismertetése, valamint az endoszkópos szakasszisztens gyakorlati feladatainak és szerepének bemutatása.

**Methods:** Retrospektív elemzést végeztünk: az elmúlt 5 évben 21 nyolc év alatti gyermeket vizsgáltunk nasogastroszkóppal, illetve 25 női beteget és 45 férfit. A vizsgálat indikáció között szerepeltek szájüregi tumorok, Zenker diverticulum, benignus és malignus nyelőcső szűkületek, cardiatáji tumorok, PEG speciális esetei, gastropexia, gyomorkimeneti és duodenum szűkületek és infiltratív folyamatok. A vizsgálatokkal hasznos információkhoz jutottunk a patológiás folyamatokról, biopsziás mintavétel lehetősége mellett, PEG, gastropexia során is fontos szerepe van a beavatkozás kivitelezésében. A műszer sérülékenysége miatt a szakasszisztens munka kiemelt figyelmet igényel.

**Conclusion:** A nasogastroszkopos fontos része az endoszkopos labor palettájának. Kiemelt szerepe van a felső tápcsatornai szűkületekben, amikor hagyományos gastroszkóppal nem lehet átjutni a szűkületen. Az ultravékony eszközzel a felső tápcsatorna biztonsággal átvizsgálható. A speciális esetekben alkalmazott vizsgálat megkönnyíti a diagnózist, szerepe van a további endoszkópos stratégia kiválasztásában és PEG, gastropexia esetén hasznos része a terápiás beavatkozásnak.

#### 79. AZ ARTÉRIA MESENTERICA SUPERIOR SZINDRÓMA HETEROGÉN ÉS SZEKUNDER MEGJELENÉSI FORMÁI

Máth B.<sup>1,2</sup>, Papp V.<sup>1,2</sup>, Miheller P.<sup>1,2</sup>, Hritz I.<sup>1,2</sup>, Vass T.<sup>1,2</sup>, Szijártó A.<sup>1,2</sup>

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

**Introduction:** Az artéria mesenterica superior szindróma (AMS) ritka oka a proximális intestinalis obstrukciónak, melyet a duodenum kompressziója okoz az artéria mesenterica superior és az aorta között. A nem specifikus tünetek miatt diagnózisa gyakran késik, és pszichés vagy funkcionális kórképeket utánozhat. Irodalmi adatok alapján többnyire nőket érintő betegség, legtöbbször más fogyáshoz vezető kórképpel társul.

**Aims:** Retrospektív esetsorozat keretében elemeztük a Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán kezelt hat betegünk klinikai adatait, képalkotó eredményeit és kezelési stratégiáit.

**Methods:** Retrospektív esetsorozat keretében elemeztük hat beteg klinikai adatait, képalkotó eredményeit és kezelési stratégiáit.

**Results:** A vizsgált betegek klinikai megjelenése heterogén volt, leggyakrabban posztprandiális hasi fájdalom, teltségérzés, hányinger és visszatérő hányás szerepelt. Több betegnél kifejezett testsúlycsökkenés és alacsony (átlag 18 kg/m<sup>2</sup>) BMI volt észlelhető, amely fontos alarmizáló jelnek bizonyult. A panaszok kezdete és diagnózis között átlagosan 9 év telt el. A diagnosztikus folyamat során több esetben pszichés vagy funkcionális kórkép (pl. szorongás, szomatiform zavar), illetve egyéb gasztroenterológiai betegségek (pl. coeliakia, Crohn-betegség, gastroparesis) kerültek előtérbe, melyek az artéria mesenterica superior szindróma kialakulásához, tünetképző voltához fokozatosan hozzájárulhattak. A pszichológiai kivizsgálás a több betegünkönél is nehézségekbe ütközött, ennek okai egyes esetekben a kooperáció hiánya, valamint a nem egyértelmű betegutak voltak.

A képalkotó vizsgálatok minden esetben igazolták a csökkent aortomesentericus távolságot (< 25 ), duodenum kompresszió azonban csak 2 esetben került leírásra. A kezelés elsődlegesen konzervatív táplálásterápia volt (per os tápszeres kiegészítéssel, szondatáplálással), amely több betegnél klinikai javulást eredményezett. Parenterális táplálásra egy betegünk szorult. Sebészi beavatkozásig (Strong műtét) egy beteg jutott el.

**Conclusion:** Az AMS-re gondolni kell elhúzódó, tisztázatlan eredetű felső gastrointestinalis panaszok és fogyás esetén. A korai felismerés és célzott kezelés javíthatja a betegség kimenetelét, és rövidítheti a betegutakat.

#### 80. DYNAMICS OF PANCREAS MORPHOLOGY AND ENDOCRINE STATUS PROGRESSION AFTER ACUTE PANCREATITIS: PRELIMINARY RESULTS OF THE GOULASH PLUS OBSERVATIONAL, LONGITUDINAL STUDY

Mikó A.<sup>1,2</sup>, Gede N.<sup>1</sup>, Farkas N.<sup>1,3</sup>, Vass V.<sup>1</sup>, Dobszai D.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>5</sup>, Sarlós P.<sup>5</sup>, Faluhelyi N.<sup>9</sup>, Izbéki F.<sup>6</sup>, Gajdán L.<sup>6</sup>, Tarján D.<sup>7</sup>, Lipp M.<sup>7</sup>, Erőss B.<sup>7</sup>, Szentesi A.<sup>1,4</sup>, Hegyi P.<sup>1,4,7,8</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 2. Department of Medical Genetics, Medical School, University of Pécs; 3. Institute of Bioanalysis, Medical School, University of Pécs; 4. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 5. First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs; 6. Szent György Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár; 7. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University; 8. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged; 9. Department of Medical Imaging, Medical School, University of Pécs

**Introduction:** Acute pancreatitis (AP) can result in long-term complications, including recurrent AP (RAP), chronic pancreatitis (CP) and diabetes mellitus (DM). No information is available on the development of these complications in time.

**Aims:** Our objective was to assess the progression of AP into RAP, CP and prediabetes or diabetes after AP.

**Methods:** The GOULASH-PLUS study is a multicentric observational follow-up study enrolling AP patients from four centers. The morphology and endocrine status of patients

were assessed at inclusion and during annual follow-up visits. Based on the morphology status of the pancreas, patients were categorized into single AP, RAP (with two AP episodes), early CP (ECP; with more than two AP episodes, without CP), and CP groups. According to the endocrine status, patients were grouped into Normal, Prediabetes, and Diabetes groups.

**Results:** The four-year follow-up data of the first 360 patients were analyzed in this ongoing study: 43.1% (n=155) were female and 56.9% (n=205) were male. The mean age was 54.5±14.6 years. Morphology status: 269 patients (74.7%) were classified into the AP, 43 (11.9%) into the RAP, 25 (6.9%) into the ECP, and 23 patients (6.4%) into the CP groups at baseline. By the end of the fourth year of the follow-up, the proportion of patients with RAP, ECP and CP morphology status has more than doubled (55.1% CI: 47.48-62.49% vs. 25.3% CI: 21.09-30.04% at baseline). Among patients with a single AP at baseline (n=269), progression to RAP, ECP or CP affected 35.1% by the fourth year. Among those with a single AP and normal endocrine status at baseline (n=157), 28.6% (CI:22.11-36.11%) suffered from morphological progression by the fourth year. The percentage of new patients with recurrent AP episodes was the highest (7.3%) at the first-year follow-up, while the figure for patients with morphological status progression was 21.2% in the first two years, and 11.5% in the second two years. Endocrine status: 212 patients (59.1%) had a normal endocrine status, 98 (27.3%) had prediabetes and 49 (13.6%) had diabetes at baseline, which together increased to 76.4% (CI:68.9-82.52%) by the fourth year. The proportion of diabetic patients nearly doubled by the first year and tripled by the fourth-year follow-up visit (from 13.6% CI:10.44-17.53% to 25.8% CI:21.33-30.84% and 39.2% CI:31.70-47.24%, respectively). Among patients with a single AP at baseline, the proportion of prediabetes and DM together has increased from 41.5% (CI:35.76-47.48%) at baseline to 74.2% (CI:64.89-81.74%) at the fourth year. Within the population with single AP and normal endocrine status (n=157) 54.4% (CI:42.2-66.09%) of the patients had either prediabetes or DM at the fourth-year follow-up visit. During the four-year follow-up, the progression of the endocrine status (the proportion of new prediabetes and new diabetes combined) was the highest in the first two years (30.4%, 21.2%, 8.2% and 12.4%, respectively).

**Conclusion:** High proportion of AP patients face late complications even with a single AP and normal endocrine status at baseline. National and international guidelines may propose a targeted two-year follow-up strategy after AP to assess both morphological and endocrine complications.

## 81. SZÉKLETVÉR MEGHATÁROZÁSA A MAGYAR MÁLTAI SZERETETSSZOLGÁLAT NASZLADY ATTILA EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI PROGRAMJÁBAN

Milassin Á.<sup>1</sup>, Iványi-Bajkó K.<sup>1,3</sup>, Eörsi D.<sup>1,2</sup>

1. Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület; 2. Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Mentális Egészségtudományok Tagozat; 3. Gondozási Központ Szentendre, Iskola-egészségügyi Szolgálat

**Introduction:** Magyarországon a vastagbélrák népegészségügyi szempontból jelentős terhet ró az ellátórendszerre és a második leggyakoribb halálok a daganatos betegségek között az országban. Bár az országos szűrőprogram elérhető, a részvételi arány továbbra is elmarad az elvárttól.

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat (MMSz) Naszladny Attila Egészségfejlesztési Programja (NAEP) 2023 óta segíti a Felzárkózó Települések közül 35 község egészségügyi

helyzetének javítását. A nővérasszisztált telemedicinális ellátás során nagy hangsúlyt fektetnek a megelőzésre és a szűrővizsgálatokra. A NAEP kolorektális szűrőprogramja a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (NNGYK) vastagbélrák-szűrés alapjaira épül, figyelembe véve a helyi jellegzetességeket. Minden, a vastagbélrák szűrés célcsoportjába tartozó betegnek, valamint anamnesztikus alarm tünet esetén felajánlják a székletvér vizsgálatot.

**Aims:** A székletvér meghatározása a MMSZ Orvosi Laboratóriumában alkalmanként két mintából történik immunkromatográfias módszerrel 2025. december 1. óta. A 2026. március 06-ig elrendelt vizsgálatok kerültek elemzésre a kimenetel mint végpont vonatkozásában.

**Methods:** Leíró statisztika készült. A vizsgált paraméterek: a vizsgálat megtörtént-e, a leletközlés megtörtént-e korcsoport, nem és a vizsgálat célja (szűrés vagy kivizsgálás) szerint.

**Results:** Az elemzett időszakban összesen 70 betegnél (18 nő, 52 férfi) került székletvér vizsgálat elrendelésre. A betegek átlag életkora 55,6 (24-73) év volt. 53 esetben szűrés céljából, 9 esetben vashiány, 5 esetben vashiányos vérszegénység, 2 esetben fogyás, 1 esetben alultápláltság miatt volt indikált a vizsgálat. Az elemzés időtartama alatt 33 betegnél (47%) készült el a labor diagnosztikai eredmény, közülük 15 esetben (45,4%) 2x negatív, 30,3%-ban 1x negatív, 1x pozitív, 18,2%-ban 2x pozitív és 6,1%-ban 1x negatív lett az eredmény. Szűrés indikációban nem negatív eredmény 9/22 esetben igazolódott. A vizsgálat kérése és a minta leadása között átlagosan 13,4 (4-35) nap telt el. A minták feldolgozása a leadást követő napon történt. Az eredmény közlése a beteggel telerendelés keretén belül 16 esetben történt eddig meg (legalább 1x pozitív eredmény 10/16 esetben), átlagosan 18 (1-48) nappal a minta leadását követően. A legalább 1x pozitív eredményű betegek közül 3 beteg elutasította a további kivizsgálást, míg a többi betegnél folyamatban van az endoszkópos vizsgálat elvégzése.

**Conclusion:** Előzetes eredményeink alapján a betegek 47%-a vett részt a vizsgálaton. Szűrés jelleggel végzett indikációban nem negatív székletvér eredmény csaknem 41%-ban igazolódott. Mind a részvételi arány, mind a nem negatív székletvér eredmények jóval meghaladják az országos vastagbélrákszűrés program korábbi eredményeit. Az eltérések vélhetően annak köszönhetőek, hogy a program sajátosságainak, különösen az integrált egészségügyi szociális munkának köszönhetően a korábban az országos szűrőprogramba nehezen bevonható betegeket is el lehetett érni.

## 82. GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉS SÜRGŐSSÉGI SZEMPONTBÓL

Mogyorósiné Medgyesi E.<sup>1</sup>

1. B.A.Z. Vármegei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház

**Bevezetés:** A gasztrointesztinális vérzés a sürgősségi betegellátás egyik leggyakoribb és potenciálisan életveszélyes állapota. A gyors állapotfelmérés, a megfelelő triázs és az időben megkezdett terápia jelentősen befolyásolja a beteg prognózisát. A sürgősségi ellátás során kiemelt szerepe van az asszisztens gyors és szakszerű beavatkozásának.

**Célkitűzés:** Az előadás célja a gasztrointesztinális vérzés sürgősségi ellátásának áttekintése, különös tekintettel a korai tünetek felismerésére, a beteg állapotának stabilizálására, valamint az asszisztensi feladatokra a diagnosztikai és terápiás folyamat során.

**Módszer:** Az előadás szakirodalmi adatok és klinikai tapasztalatok alapján mutatja be a felső és alsó gasztrointesztinális vérzések leggyakoribb okait, tüneteit, valamint a sürgősségi ellátás lépéseit, beleértve a beteg monitorozását, az infúziós terápia előkészítését és az endoszkópos vizsgálatok előkészítésében betöltött szerepet.

**Következtetés:** A gasztrointesztinális vérzés hatékony ellátása multidiszciplináris együttműködést igényel. Az asszisztensi személyzet szakmai felkészültsége, gyors reakciója és szervező készsége alapvető a betegbiztonság és az ellátás sikeressége szempontjából. Kiemelten fontos a team munka a sürgősségi betegellátó osztály és az endoszkópia közt.

### 83. EPIDEMIOLOGICAL TRENDS OF MALIGNANT PANCREATIC TUMORS IN HUNGARY BETWEEN 2001 AND 2022

Mohácsi G.<sup>1</sup>, Czakó B.<sup>1</sup>, Gieszinger G.<sup>1</sup>, Terzin V.<sup>1</sup>, Tajti M.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>

1. Department of Internal Medicine, University of Szeged

**Introduction:** The incidence and mortality of malignant pancreatic neoplasms have shown an increasing trend worldwide over recent decades. Given the poor survival outcomes and the considerable healthcare demands of pancreatic cancer, continuous monitoring of epidemiological trends is necessary to support evidence-based healthcare planning.

**Aims:** To characterize the epidemiological profile of pancreatic malignancies in Hungary and to analyze temporal trends between 2001 and 2022.

**Methods:** Data from the Hungarian National Cancer Registry of the National Institute of Oncology were analyzed for the period 2001–2022. Standardized incidence and mortality rates were calculated separately for both sexes. Temporal trends were assessed using annual percentage change (APC). Mortality-to-incidence ratio (MIR) and standardized incidence/mortality ratios (SIR/SMR) were determined. Changes in histological subtype distribution over time were also analyzed.

**Results:** The incidence of malignant pancreatic tumors increased from 15.91 to 27.70 per 100.000 population between 2001 and 2022 (+74%;  $p < 0.001$ ), corresponding to an APC of +2.38% per year ( $p < 0.001$ ). In 2022, incidence was significantly higher in females compared to males (29.01 vs. 26.31 per 100,000;  $Z = 2.53$ ;  $p = 0.0115$ ). The standardized incidence ratio (SIR) was 5.9 (95% CI: 5.4–6.3;  $p < 0.001$ ). Mortality increased from 15.30 to 21.85 per 100.000 population (+43%;  $p < 0.001$ ), with an APC of +1.6% per year ( $p < 0.001$ ). In 2022, female mortality slightly exceeded male mortality (22.15 vs. 21.54 per 100.000;  $Z = 2.1$ ;  $p < 0.05$ ). The MIR decreased from 0.96 to 0.79 over the study period, while the standardized mortality ratio (SMR) was 4.86 (95% CI: 4.65–5.10;  $p < 0.001$ ). The distribution of histological subtypes changed significantly between 2001 and 2022 ( $\chi^2 = 24.5$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The incidence and mortality of malignant pancreatic tumors in Hungary remain markedly above the global average. However, the observed decline in MIR suggests gradual improvement in survival. Changes in histological subtype distribution may reflect improvements in diagnostic accuracy and registry reporting practices over time.

### 84. INVESTIGATION OF PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR-1 AS A THERAPEUTIC TARGET IN CHRONIC PANCREATITIS

Molnár T.<sup>1,2,3</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Jójárt B.<sup>1,2,3</sup>, Csákány-Papp N.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi P.<sup>4</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. Department of Internal Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 2. Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, Hungarian Academy of Science – University of Szeged; 3. Molecular Gastroenterology Research Group, Hungarian Centre of Excellence of Molecular Medicine – University of Szeged; 4. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary,

**Introduction:** Chronic pancreatitis (CP) is a progressive inflammatory disease characterized by pancreatic destruction and fibrotic tissue transformation. The incidence of the disease is steadily increasing, but no specific therapy is currently available, making the identification of new therapeutic targets a priority. Plasminogen activator inhibitor-1 (*SerpinE1*/PAI-1) has been implicated in various pathological processes, including fibrosis and inflammation. However, its specific involvement in the pathogenesis of CP is not yet fully understood.

**Aims:** We therefore aimed to explore the role of PAI-1 in the development of CP and assess the therapeutic potential of PAI-1 inhibitors as antifibrotic agents to prevent the progression of CP.

**Methods:** PAI-1 expression was determined in human pancreatic tissue with immunohistochemistry, and blood serum with ELISA. CP was induced in FVB/N mice with cerulein injection, and PAI-1 activity was inhibited with a specific oral inhibitor at a dose of 10 mg/kgbw. Inflammation and fibrosis were assessed by histological staining and biochemical assay measured hydroxyproline concentration. *SerpinE1* gene expression was quantified in pancreatic tissue and in isolated pancreatic cell types by RT-qPCR, PAI-1 protein levels and localization were assessed via immunohistochemistry and immunofluorescence co-staining. In vitro, fibroblasts derived from CP mice were treated with 10  $\mu$ M PAI-1 inhibitor. Cell migration, cell number and cluster formation were quantified, and the gene expression levels of *SerpinE1*, *Tgfb1*, *Fibronectin*, and *Acta2* were analysed by qPCR.

**Results:** PAI-1 expression was elevated in pancreatic tissue and blood samples obtained from CP patients. In CP-induced mice, the body weight and the pancreatic weight/body weight ratio significantly reduced, while histopathology showed significant pancreatic atrophy and fibrosis. This was also confirmed by the increased hydroxyproline concentration of the pancreatic tissue. *SerpinE1* gene expression was upregulated in pancreatic tissue and fibroblast cultures in the CP group, while PAI-1 protein levels were elevated in pancreatic tissue. The elevated PAI-1 signal localization and the high overlap with vimentin suggests a possible expression role for activated pancreatic stellate cells (PSC). Administration of a PAI-1 inhibitor reduced body weight and pancreatic weight loss rates, along with significant decreases in pancreatic atrophy, fibrosis, hydroxyproline concentrations, and *SerpinE1* gene expression compared to the CP group. In vitro, PAI-1 inhibition reduced cell migration, decreased cell number and number of cell clusters and lowered *SerpinE1* and profibrotic gene expression in PSCs derived from CP mice.

**Conclusion:** Our results indicate an elevation in PAI-1 expression in CP, with the potential for fibrosis and tissue atrophy reduction by the inhibition of PAI-1. These findings

propose PAI-1 as a promising therapeutic target for the treatment of chronic pancreatitis.

## 85. ENDOSZKÓPOS WELL-BEING - HOGY NE CSAK A BETEG ÉREZZE JÓL MAGÁT

Móré-Paskó K.<sup>1</sup>

1. Gyöngyösi Bugát Pál Kórház

**Introduction:** Az endoszkópos asszisztens munkája egyszerre precíz szakmai feladat és folyamatos emberi jelenlét, miközben igazi „Sivaként” kell helytállnia a napi kihívások között. Az utóbbi években azonban a létszámhiány, a tapasztalatlan kollégák érkezése, a növekvő betegszám és a fokozódó jogi nyomás új szintre emelte a stresszt az endoszkópián. A terhelés sokszor láthatatlan, mégis mindennapos. A munkahelyi jóllét, vagyis a well-being ma már nem luxus, hanem alapvető szakmai kérdés. Az Egészségügyi Világszervezet is hangsúlyozza, hogy a munkahelyi mentális egészség védelme nem csupán egyéni, hanem szervezeti felelősség is, különösen az egészségügyben. A kiégés nem gyengeség, hanem valós, hivatalosan is elismert munkahelyi jelenség, amely fizikai, érzelmi és mentális kimerüléshez vezethet.

Előadásomban egy mese segítségével mutatom be, hogyan jut el egy lelkes, elhivatott szakasszisztens a burnout lépcsőfokain az idealizmustól a teljes kiégésig, és milyen korai jelekre kellene felfigyelnünk. Ugyanakkor azt is megmutatja, hogy létezik visszaút, segítségkérés, tudatos határhúzás, közösségi támogatás és regeneráció révén.

Az előadás üzenete egyszerű, mégis alapvető: a sikeres endoszkópia nemcsak a látványról szól, hanem azokról is, akik mögötte állnak. Ha meg akarjuk őrizni szakmai kiválóságunkat, először önmagunk mentális „sterilitását” kell védenünk, mert a csapat ereje nem a tökéletességben, hanem az együttműködésben rejlik, és ebben mindannyian kulcsszereplők vagyunk.

## 86. KOORDINÁTORÉKÉNT KOMÁROMBAN

Nagy I.<sup>1</sup>

1. Komáromi Selye János Kórház Gasztroenterológiai Szakambulancia

2025. szeptemberében nyugdíjba vonulás miatt változások történtek a gasztroenterológiai szakambulanciánk működésében. Átmenetileg /egy hónapig/ szünetelt a Nemzeti Népegészségügyi Központ által szervezett Vastagbél-szűrőprogram, melyet új orvossal ismételt elindítottunk. Az ezzel kapcsolatos koordinátori és endoszkópos feladatokat szeretném ismertetni az elmúlt 1 éves időszak tapasztalatai alapján.

## 87. ÚJ TERÁPIÁS LEHETŐSÉG A DYSPHAGIA KEZELÉSÉBEN: A FELSŐ OESOPHAGEALIS SPHINCTER TÁGÍTÁSA INTÉZETÜNKBEN

Naschauer K.<sup>1</sup>, Papp V.<sup>1</sup>, Vass T.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Introduction:** A nyelés garati és nyelőcsői szakaszának határát a felső oesophagealis sphincter (UES) képezi. Megnyílása két fő mechanizmus eredménye: a cricopharyngealis izom relaxációja és a hyo-laryngealis elevatio által létrehozott mechanikus nyitás. Amennyiben ezek a folyamatok károsodnak, a dysphagia nyelés-terápia mellett is perzisztálhat.

**Aims:** Célunk két beteg esetén keresztül bemutatni az UES tágítás hazai alkalmazási lehetőségeit, és felhívni a figyelmet a dysphagia komplexebb terápiás megközelítésére.

**Methods:** Egy 73 éves, Wallenberg-szindrómás beteg tartós dysphagiája intenzív nyelés-terápia mellett sem javult, így PEG-en keresztül táplálás vált szükségessé. A fiberoendoszkópos nyelésvizsgálat (FEES) és videofluoroszkópos nyelésvizsgálat (VFS) csökkent UES-nyílást mutatott, melyet magasfelbontású manometria intermittáló UES-relaxációként igazolt. Egy 67 éves, májtranszplantált beteg évek óta fennálló falatelakadás-érzését VFS szintén csökkent UES-nyílással, HRM pedig spasztikus sphincterrel magyarázta. Mindkét beteg altatásban, biztosított légút mellett 30 mm átmérőjű ballonnal végzett UES-tágításban részesült. A beavatkozást követően VFS-sel ellenőriztük az UES nyílását és kizártuk a szövődményeket.

**Results:** Mindkét esetben az eszközös vizsgálatok igazolták az UES elégtelen nyílását és relaxációját. A tágítást követően a betegek a deglutológiai kontrollokon az étkezés jelentős könnyebbégéről számoltak be. Az első betegnél jelenleg folyékony és pépes konzisztenciában zajlik a per os táplálás felépítése, a második betegnél a szilárdabb ételek visszavezetése is sikeres volt.

**Conclusion:** A konzervatív nyelés-terápia indirekt módon elősegítheti az UES megnyílását, azonban bizonyos esetekben önmagában nem elegendő a nyelésfunkció helyreállításához. Az eszközös nyelésvizsgálatok lehetővé teszik az UES-diszfunkció pontos diagnózisát, amely terápiás tágítást igényelhet. Az UES-tágítás alkalmazása új terápiás lehetőséget jelenthet a hazai dysphagia-ellátásban.

## 88. BODY MASS INDEX AND PSYCHOLOGICAL ALTERATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

Németh Z.<sup>1,2</sup>, Fehér T.<sup>1,2,3</sup>, Lippai J.<sup>1,2</sup>, Doszpoly A.<sup>1,2</sup>, Boros H.<sup>1,2</sup>, Kertész B.<sup>1,2</sup>, Szentesi A.<sup>2,4</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,5,6</sup>

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

**Introduction:** A high body mass index (BMI) is a known risk factor for acute pancreatitis (AP). Depression and anxiety are also associated with higher BMI, and DSM-5 criteria for major depressive disorder include significant weight change (>5% of body weight within one month). However, the relationship of BMI and psychological alterations in AP has not been explored. This study examined whether elevated depression or anxiety levels are associated with higher BMI in AP patients

**Methods:** Adult AP patients were enrolled in this single-center cohort study at a tertiary pancreatology center. The cohort included 2,105 patients (922 females, 1,183 males), of whom 1,977 were screened for psychological disturbances and analyzed. Disease severity was similar between the total cohort (73% mild, 17% moderate, 10% severe) and the analyzed sample (75% mild, 17% moderate, 8% severe). Obesity was defined as BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. Depression and anxiety were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), with odds ratios (ORs) evaluating associations.

**Results:** Obesity was associated with lower odds of clinically relevant depressive symptoms (OR = 0.57, 95% CI: 0.35–0.93), with lower prevalence of high depression than in non-obese patients (6.0% vs. 10.1%). Similarly, obesity was associated with lower odds of high anxiety (OR = 0.42, 95% CI: 0.28–0.61).

**Conclusion:** Contrary to expectations, obesity in acute pancreatitis was associated with lower odds of depressive and anxiety symptoms.

### 89. A PRUCALOPRIDE KLINIKAI ELŐNYEI A VASTAGBÉL-KAPSZULAENDOSZKÓPIÁBAN

Németh B.<sup>1,2</sup>, Finta Á.<sup>1</sup>, Bélafi D.<sup>1</sup>, Novák P.<sup>1</sup>, Göbl J.<sup>1</sup>, Szombath R.<sup>1</sup>, Tupcsia F.<sup>1</sup>, Maróti Z.<sup>1</sup>, Sziklási T.<sup>1</sup>, Katona M.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>

1. Endo-kapszula Magánorvosi Centrum, Székesfehérvár; 2. Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia Osztály Németh B.<sup>1,2</sup>; Finta Á.<sup>1</sup>; Bélafi D.<sup>1</sup>; Novák P.<sup>1</sup>; Göbl J.<sup>1</sup>; Szombath R.<sup>1</sup>; Tupcsia F.<sup>1</sup>; Maróti Zs.<sup>1</sup>; Sziklási T.<sup>1</sup>; Katona M.<sup>1</sup>; Szalai M.<sup>1</sup>; Madácsy L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Endo - Kapszula Magánorvosi Centrum, Székesfehérvár

<sup>2</sup> Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia Osztály

**Céltűzések:** A vastagbél-kapszulaendoszkópia (CCE) a kolorektális vizsgálatok nem invazív alternatívája; azonban széles körű elterjedését korlátozza a hagyományos kolonoszkópiához képest történelmileg alacsony befejezési arány és a vastagbél nem megfelelő tisztasága. A prucalopride, egy szelektív 5-HT<sub>4</sub> agonista, javíthatja a gyomor-bélrendszer motilitását és fokozhatja a CCE teljesítményét, de a valós adatok korlátozottak.

**Módszerek:** Retrospektív elemzést végeztünk 600 egymást követő CCE-vizsgálaton 2023. június és 2026. január közötti időszakban. A vizsgálaton résztvevők közvetlenül a gyomorvizsgálat után 2 mg prucalopridot kaptak. Elemeztük a komplettálási arányt, a polipok kimutatási arányait FIT teszt és korcsoportok függvényében, valamint a CC-CLEAR vastagbél-tisztasági pontszámokat vizsgáltuk. Összehasonlítottunk egy 50 fős demográfia szempontól azonos csoportot, azokkal, akik 2023. júniusát megelőzően (n=50) a protokoll részeként még nem kaptak prucalopridot.

**Eredmények:** A prucalopride adása szignifikánsan csökkentette a vékonybél-tranzit időt (átlag 99,7 vs. 54,6 perc, p < 0,001) és a teljes vizsgálati időt (392,9 vs. 315,9 perc, p = 0,0056), míg a gyomor- és vastagbél-tranzit időkből nem mutatkozott szignifikáns

különbség. A CC-CLEAR alcsoportban a vastagbél tisztasága a prucalopride alkalmazása esetén szignifikánsan jobb volt (átlagos pontszám: 3,8 vs. 8,4; p < 0,001). A prucalopridot alkalmazó 600 fős csoportban a komplettálási arány 93%, míg az átlag PDR 36% volt. A PDR FIT negatív (n=254) esetekben 30% PDR értéket mértünk. Az adatokat korcsoportonként, tisztasági értékenként szétbontottuk.

**Következtetések:** A prucalopride javítja a vastagbél-kapszulaendoszkópia hatékonyságát és technikai sikerességét azáltal, hogy jelentősen felgyorsítja a bélmozgást és javítja a vastagbél tisztaságát, miközben hasonló polip-felismerési arányokat biztosít. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy az optimalizált, prucalopriddal kiegészített CCE-protokollok segíthetnek leküzdeni a módszer régóta fennálló korlátait, és ígéretesek a jövőbeli alkalmazás szempontjából, mint nem invazív vastagbélrák-szűrési alternatíva, különösen a FIT-negatív szűrési populációk esetében, akik megbízható, ugyanakkor betegbarát diagnosztikai útvonalakra szorulnak.

### 90. AZ UPADACITINIB HATÉKONYSÁGA BIOLÓGIAI TERÁPIÁRA NEM MEGFELELŐEN REAGÁLÓ CROHN-BETEGSÉGBEN CENTRUMUNKBAN

Pápista M.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Gálfalvi N.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. SZTE SZAKK, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum; 2. Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház, Gasztroenterológiai Osztály

**Bevezetés:** A gyulladásos bélbetegségek (IBD; Crohn-betegség [CD] és colitis ulcerosa [UC]) a gyomor-bél traktus immunmediált, krónikus gyulladásos kórképei, amelyek rontják a betegek életminőségét. Bár a biológiai terápiák jelentősen forradalmasították az IBD kezelését, a terápiás plafon jelensége továbbra is fennáll, illetve a parenterális alkalmazás egyes betegeknél gondot okoz. Ezek folyamánként jelentek meg az orális, új típusú kismolekulájú ágensek, köztük a janus-kináz gátló upadacitinib (UPA). A készítmény hosszú távú, valós életből származó adatai CD-ben azonban korlátozottak, magyar adatok pedig egyáltalán nem érhetőek el.

**Céltűzés:** Vizsgálatunk célja az UPA hosszú távú hatékonyságának és biztonságosságának felmérése CD-ben valós klinikai körülmények között.

**Módszerek:** Retrospektív vizsgálatot végeztünk az SZTE Gasztroenterológiai Centrumában UPA kezelésben részesülő CD-ben szenvedő betegek körében. A klinikai és laboratóriumi paramétereket a terápia indításakor, a 8., a 12. és az 52. héten, valamint az utolsó klinikai viziten rögzítettük. Elsődleges végpontként a klinikai és biokémiai aktivitási paraméterek változásait értékeltük. Másodlagos végpontjaink a terápiás perzisztencia, a dóziszemelés gyakorisága és a mellékhatások előfordulása voltak.

**Eredmények:** Összesen 49 beteget kezeltünk eddig egyedi engedéllyel (férfi: 49,0%; átlagéletkor: 41,3±8,8 év; átlagos betegséggfennállás: 13,7±6,2 év). A betegek legalább második vonalban kaptak UPA-t (medián: 4. vonal; IQR: 3–5). A klinikai válaszarány a 12. héten 92,9%, az 52. héten 84,6% volt, míg a remissziós arány a 12. héten 47,6%, az 52. héten 42,3% míg az utánkövetés végén 38,8% volt. A klinikai aktivitás szignifikánsan javult a 12. hétre (CDAI: 144,9±91,8 vs. 86,2±64,3; p<0,001), és az utolsó viziten is kedvező tendencia mutatkozott (143,9±87,7 vs. 117,2±108,8; p=0,059). A perianalis aktivitás is csökkent (p=0,006). A CRP-szint a 12. héten alacsonyabb volt (p=0,029), de a csökkenés az utolsó viziten nem ért el szignifikanciát (22,9±43,2 vs. 15,1±22,9 mg/l; p=0,092). A terápiás perzisztencia 81,6%, míg a kezelésen maradás átlagos ideje 116,1±6,7 hét volt. Dóziszemelésre a betegek 26,5%-ánál volt szükség. A leggyakoribb mellékhatások az acne (n=16; IR 25/100 betegév) és az infekciók (n=9; IR 14/100 betegév) voltak. A májenzimek emelkedése nem volt szignifikáns. Az anyagcsereparaméterek enyhe, de szignifikáns emelkedést mutattak (koleszterin: p=0,003; BMI: p=0,036). Malignitást nem észleltünk.

**Következtetés:** Az UPA CD-ben, valós klinikai körülmények között, több sikertelen biológiai kezelést követően alkalmazott készítményként is hatékonyságot mutatott magas perzisztencia aránnyal, elfogadható mellékhatásprofilal.

### 91. REPRODUKTÍV EGÉSZSÉG IBD-BEN

Pápista M.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Gálfalvi N.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>2</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>

1. SZTE SZAKK, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum; 2. Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház, Gasztroenterológiai Osztály

**Bevezetés:** A gyulladásoos bélbetegségek (IBD) gyakran érintik a fiatal nőket, ami aktív betegség melletti terhességhez vezet. Az IBD befolyásolhatja a terhesség kimenetelét, és néhány terápia potenciális kockázattal járhat. A betegek ismeretei hiányosak, ami befolyásolhatja családtervezésüket.

**Célkitűzés:** Tanulmányunk célja az IBD és kezelése hatásának vizsgálata a terhességi kimenetelekre, az gyermekek egészségére, valamint az IBD-s nők terhességgel kapcsolatos ismereteinek felmérése.

**Módszerek:** 2025 és 2026 márciusa között keresztmetszeti tanulmányt folytattunk felnőtt IBD-s nők körében, önkéntes kérdőívvel, amely demográfiai adatokat, a betegség jellemzőit, a terápiákat, a terhességi előzményeket, a családtervezést és az IBD-vel kapcsolatos ismereteket érintette. Elsődleges kimenetelünk a terhesség jellemzői és a gesztációs kor volt ismert vagy még nem diagnosztizált IBD mellett. Másodlagos kimeneteleink: gyermekek egészsége, terhesség alatti terápia, betegek ismeretei és tájékoztatásuk. A statisztikai elemzés t-próbát, chi-négyzet- és Fisher-próbát alkalmazott.

**Eredmények:** 240 beteg töltötte ki a kérdőívet (átlagos életkor: 36,0±7,2 év). 134 válaszadó, 199 gyermekéről adott választ (átlagos életkor 11,1±8,5 év). 65 terhesség (32,7%) az IBD diagnózis előtt, 134 (67,3%) pedig azután zajlott. Közülük 112 (56,3%) esetben folytatták az IBD kezelését, ebből 29 (25,9%) esetben biológiai terápiával. A betegek több információt igényelnek. Az átlagos gesztációs idő alacsonyabb volt az IBD diagnózis utáni terhességeknél, mint az azelőttiekénél (38,7±1,8 vs. 39,4±1,8 hét; p=0,014). Nem volt különbség a terhesség alatt IBD-terápiában részesülő és az IBD-terápiában nem részesülő ismert IBD-s nők között (38,7±1,8 vs. 38,7±1,7 hét; p=0,983). Nem volt összefüggés a születési rendellenességek és az IBD jelenléte (p=0,205) vagy a terápia (p=0,373) között. Az aktivitás nem mutatott hatást a terhességre vagy a gyermekek egészségére. Az 5 évesnél fiatalabb gyermekeknél kórházi kezelést igénylő súlyos fertőzések összefüggtek az IBD jelenlétével (p=0,005) és a terhesség alatti IBD-kezeléssel (p=0,037). A betegek ismeretei hiányosak, és összefüggést mutatnak az iskolai végzettséggel.

**Konklúzió:** A diagnosztizált IBD lerövidítette a terhességet. Az IBD és a kezelési összefüggésbe hozható a gyermekek kórházi kezelést igénylő fertőzéseivel, de a fejlődési rendellenességek előfordulását nem növeli. A betegek ismeretei hiányosak, és több figyelmet kell a tájékoztatásukra fordítani.

## 92. NYELŐCSŐ GRANULÁRIS SEJTES TUMOR ENDOSZKÓPOS TELJES FALI RESECTIOJA

Papp V.<sup>1</sup>, Vass T.<sup>1</sup>, Bennemann S.<sup>1</sup>, Herczeg A.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>

1. SE Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Introduction:** A granuláris sejtes tumorok (granular cell tumor, GCT) ritka, többnyire jóindulatú, Schwann-sejt eredetű lágyszövet-daganatok, melyek 5-11 %-a fordul elő a gyomor-bélrendszerben, leggyakrabban a nyelőcsőben, ritkábban a vastagbélben és a gyomorban. Legtöbbször véletlenszerűen kerülnek felfedezésre, tünetmentesek és benignus lefolyásúak, de 1-2 %-ban malignus vagy metastatikus forma is előfordul, ezért nagyobb, gyorsan növekvő vagy atipusos elváltozásoknál endoszkópos vagy sebészi resectio javasolt.

A felső tápcsatornában végzett endoszkópos teljes fali resectio (EFTR) főként olyan subepithelialis tumorok, adenomák és kisméretű korai carcinomák szervkímélő eltávolítására használatos, ahol a hagyományos EMR/ESD technikák nem biztonságosak vagy nem komplett módon alkalmazhatók. A nyelőcsőben végzett EFTR elsősorban az intrathoracalis helyzet és a szűk lumen miatt technikailag nehezebb és magasabb kockázattal bír, nagy esetszámú vizsgálatok ezért ezidáig nem születtek.

**Aims, Methods:** A Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán egy nyelőcső granuláris sejtes tumor sikeres endoszkópos teljes fali resectióját szeretnénk bemutatni.

**Results:** 47 éves nőbeteg nyelészavarának hátterében eosinophil oesophagitis igazoltunk. A nyelőcső alsó harmadában észlelt 1 cm-t meghaladó sárgásan áttűnő, kemény subepithelialis laesio endoszkópos ultrahang és szövettani vizsgálata granuláris sejtes tumort véleményezett. Az elváltozás non-lifting jelet mutatott, emiatt a minimál invazivitásra törekedve endoszkópos teljes fali resectio mellett döntöttünk. A beavatkozást a magas kockázatra való tekintettel műtői körülmények között végeztük, sebészi készleltben. A hegesen szűkült nyelőcső miatt az FTRD (full-thickness resection device) levezetése egyidejű ballonos tágítással volt lehetséges. Bár a resectio a végleges szövettan alapján R1-nek bizonyult, a néhány mm-es reziduális nem invazív tumor a fal zárásához használt over-the-scope clip fölött rekedt, majd azzal együtt nekrotikus szövettént távozott.

**Conclusion:** Az eosinophil oesophagitis és a nyelőcső granuláris sejtes tumora többször leírt, de patomechanizmusában még tisztázatlan társulást mutatnak. Az endoszkópos teljes fali resectio a nyelőcsőben a technikai kihívások miatt egyelőre ritkán alkalmazott eljárás. A technikai sikeresség, a szövődményráták és a recidíva arányának megbízható megítéléséhez nagyobb esetszámot felölelő beteganyag vizsgálata szükséges.

## 93. EGÉSZSÉGNEVELŐ VÁNDORELŐADÁSOK

Pappné Szerdahelyi E.<sup>1</sup>

1. Szent Damján Görögkatolikus Kórház

**Introduction:** A Szent Damján Görögkatolikus Kórház dolgozói egészségnevelést célzó körútját szeretném bemutatni és azt, hogy én miért lettem ennek a csapatnak a tagja. Csapatunk különböző előadásokkal, szűrővizsgálatokkal segít a lakosokat abban, hogy egészség tudatosabban éljenek.

Hisszük, hogy ezzel elérhetjük a magasabb részvételi arányt a szűrővizsgálatokon. Tudjuk, hogy ha az emberek tisztában vannak a vizsgálatok mibenlétével, jelentőségével, elmaradásának veszélyével, komoly mérlegelést követően képesek helyesen dönteni, elfogadni, élni a felkínált lehetőségekkel. Ezzel esélyt adni maguknak az egészséges életre, betegségek korai felismerésére, betegség esetén a jobb kimenetel elérésére.

**Aims:** A lakosok ismereteinek a bővítése. hagyományos pedagógiai módszerekkel.

**Methods:** A pedagógia hagyományos/ direkt módszereivel: előadás és magyarázat, szemléltetés.

**Results:** egyre több helyszínen egyre több ember halhatta előadásainkat. **Conclusion:** a vándorelőadások melynek célja, hogy a lakosok ismeretei bővüljenek eredményesnek mondható. Egyre több az érdeklődő és nagyobb az igény az ilyen jellegű ismeret bővítésre. Ezzel a hallgatóság érdeklődése a szűrővizsgálatok iránt is nőtt.

#### 94. EGY MIGRÁLT AXIOS STENT KÁLVARIAJA, AVAGY ESETBEMUTATÁS EGY GASTRO-COLICUS FISTULA KAPCSÁN

Pártos G.<sup>1</sup>, Tarpay Á.<sup>2</sup>, Lőrinczi C.<sup>2</sup>, Szegedi É.<sup>2</sup>, Tóth L.<sup>1</sup>, Tőreki D.<sup>3</sup>, Sütő G.<sup>2</sup>, Egvedné Bihari M.<sup>2</sup>, Szmola R.<sup>2</sup>

1. Dél-Budai Centrumkórház - Szent Imre Egyetemi Oktatókórház - Gasztroenterológia Profil; 2. Országos Onkológiai Intézet - Daganatsebészeti Központ - Invazív Gasztroenterológiai Osztály – EUH-ERCP labor; 3. Pápai Gróf Eszterházy Kórház – Belgyógyászati Osztály

**Bevezetés:** A mindennapi gasztroenterológiai gyakorlatban a heveny hasnyálmirigy-gyulladások szövődményei közül kiemelendő a pseudocysta képződés, amely vagy spontán felszívódik, vagy kompressziós/klínikai tünetek esetén drenálandó. Ennek legelterjedtebb lehetősége az EUH-vezérelt cystogastrotomia, melyet plasztik kettős pigtail stentek vagy fémstent behelyezésével végzünk

**Célküzés:** Előadásunk egy fiatal férfi beteg klínikai esetén keresztül mutatja be egy krónikus folyadékkepződéssel járó hasnyálmirigy-gyulladás ellátása kapcsán jelentkező igen ritka szövődményt és endoszkópos megoldását.

**Esetleírás:** A 37 éves krónikusan aethylizáló ffi beteget krónikus pankreatitisz akut exacerbatioja miatt hospitalizálták 2023 nyarán. Az emisszióját követően készült kontroll CT egy pseudocysta rendszert ábrázolt. Progresszivitás és környezeti kompresszió miatt endoszkópos pseudocysta szájaztatás vált indokolttá. A ciszták jelentős mértékű nekrotikus tartalma miatt 10x15mm-es lumen-összetartó Axios fémstenttel történt meg az egyik folyadékgyülem szájaztatása 2023 őszén. A beavatkozást követő kontroll CT-n a pseudocysta rendszer jó ütemű regressziót mutatott, de a rossz compliance-ű beteg, tartós panaszmentessége miatt, a beütemezett cystogastrotomiás fémstent eltávolításon vagy egyéb kontrollon már nem jelent meg.

2 évvel később ismét pankreatitisz miatt hospitalizálták, emellett 3-4 hónapja észlelt lágy székletürítést és rossz szájszagot. Kontroll CT-n pseudocysta már nem látszott jó fémstentpozíció mellett. CT képanyag endoscopia előtti rutin megtekintése során felmerült a fémstent colon transversumba történő penetrációjának alapos gyanúja. Gastrosztopia során jó pozíciójú SEMS látszott, melynek lumenébe kontrasztanyagot juttatva RTG képerősítés mellett a colon transversum rajzolódott ki. Multidiszciplináris team megbeszélés során sebészeti és endoszkopos gastro-colicus fistula zárás lehetősége merült fel.

Tervezett időpontban végül a beteg számára kevésbé megterhelő biluminalis endoszkopos megoldás mellett döntöttünk a resectios műtét helyett. Gastrosztopiával a fémstentet át a colonban GI SPOT jelölést végeztünk, majd a fémstent eltávolítását követően a fistula széli részeire hemoklippeket pozícionáltunk, majd ezeket endoloop-pal csokorba fogva a sipoly gastricus oldalát sikeresen zártuk. Második lépésben colonoscopia során hemoklippekkel zártuk a sipoly másik végét. A lenyeletett RTG kontrasztanyag a gyomor felől teljes egészében a nyombél felé jutott, kilépés nem volt látható. A beteg panaszmentes, súlygyarapodása kielégítő, perzisztáló fistulára utaló tüneteket nem észleltünk.

**Következtetés:** A cystogastrotomiához használt Axios stent más szervekbe történő penetrációjának nemzetközi irodalomban is ritka esetét mutatjuk be, amelyet sikeresen oldottunk meg endoszkópos úton.

#### 95. NOSOCOMIAL INFECTION SURVEILLANCE IN A TERTIARY PANCREATIC CENTER: A PROSPECTIVE COHORT STUDY

Rajci I.<sup>1</sup>, Hajnád Z.<sup>1</sup>, Reszkető R.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Pankréász Betegségek Intézete  
**Background:** Healthcare-associated infections (HAIs) remain a major patient safety challenge worldwide. According to the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) point prevalence survey (2022–2023), the adjusted prevalence of patients with at least one HAI in EU/EEA hospitals was 8.0%, corresponding to approximately 4.3 million affected patients annually. The prevalence of HAIs varied by level of care: it was 4.4% in primary hospitals and higher, at 7.7%, in tertiary centers. The Institute of Pancreatic Diseases is a tertiary care center where infection-related indicators are continuously monitored to assess HAIs, with the aim of producing monthly summaries and improving infection control through targeted isolation and disinfection measures.

#### **Methods:**

A single-arm prospective cohort study was conducted using institutional nursing surveillance data collected between August 2023 and January 2026 at the inpatient ward of the Institute of Pancreatic Diseases. Annual inpatient activity is approximately 1,800 cases, including acute pancreatitis (49.7%), interventional radiology procedures (17.3%), endoscopy (14.0%), tumors (11.5%), and other indications (7.6%). Data collection included pressure ulcers, nosocomial infections, procedure-related complications, microbiological sampling results, blood culture outcomes, and documentation of ward disinfection procedures. To reduce nosocomial infections, frequent microbiological sampling (blood cultures and subcultures) was performed. In addition, as-needed and periodic (quarterly) terminal disinfection was implemented as part of infection control measures, combined with ULV cold fogging to enhance effectiveness.

**Results:** A total of 4,345 discharged cases were analyzed. Most patients (98.2%) experienced no hospital complications. Pressure ulcers occurred in 0.2%, procedure-related complications in 0.6%, and nosocomial infections in 1.4% of cases. Clostridioides difficile represented the largest proportion of HAIs (0.9%). The highest procedure-related complication rate was associated with central venous catheter placement (3.1%), while peripheral cannulas and urinary catheters showed complication rates of approximately 0.3%, and feeding tube complications occurred in 0.8%. Microbiological surveillance frequently identified Clostridioides difficile in stool samples and common nosocomial pathogens in urine and catheter samples. Blood culture monitoring showed 107 positive results out of 592 tests (18.1%).

**Conclusion:** Although tertiary care centers typically report higher HAI prevalence, our center achieved a substantially lower rate, with nosocomial infections observed in only 1.4% of cases. Continuous nursing surveillance may significantly contribute to reducing HAI incidence in tertiary care settings.

#### 96. MULTIDISCIPLINARY ANALYSIS TO PREDICT TOFACITINIB TREATMENT RESPONSE IN ULCERATIVE COLITIS – A PROSPECTIVE TRANSLATIONAL STUDY

Resál T.<sup>1,2,3</sup>, Jójárt B.<sup>1,4,5</sup>, Bacsor P.<sup>1,2</sup>, Kajári L.<sup>1,4</sup>, Molnár T.<sup>1,4,5</sup>, Hallgas B.<sup>6</sup>, Pintér T.<sup>6</sup>, Kovács B.<sup>6</sup>, Kárpáti É.<sup>6</sup>, Monostory K.<sup>7</sup>, Gémes N.<sup>9</sup>, Kemény Á.<sup>9</sup>, Szébeni G.<sup>8</sup>, Pallagi P.<sup>1,4,5</sup>, Farkas K.<sup>1,2</sup>, Maléth J.<sup>1,4,5</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

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

Group, HCEMM-USZ, Szeged, Hungary; 6. Navolab Diagnostics Ltd., Szeged, Hungary; 7. Institute of Molecular Life Sciences, HUN-REN Research Centre for Natural Sciences, Budapest, Hungary; 8. Laboratory of Functional Genomics, HUN-REN Biological Research Centre, Szeged, Hungary; 9. Department of Physiology and Biochemistry, University of Veterinary Medicine Budapest, Budapest, Hungary

**Background and Aims:** Tofacitinib (TFB) is a JAK 1/3 inhibitor small molecule drug used in ulcerative colitis (UC). Prognostic markers of treatment response are lacking, however 39-54% of patients experience loss of response. Multidrug resistance protein (MDR) activity, and differences in hepatic metabolism via cytochrome P450 (CYP) isoenzymes may be associated with decreased intracellular bioavailability, while clinical factors, mucosal alterations of JAK/STAT signaling pathways can predict treatment response. Our study aimed to analyze the predictive value of MDR activity, CYP genotype, and cytokine pattern beside clinical factors in a multidisciplinary approach.

**Methods:** In this prospective cohort study adult UC patients were enrolled when introducing TFB treatment and followed until week 12. At baseline, blood samples were obtained to measure the activity of three ABC drug transporters (MDR1, MRP1, and BCRP) in leukocytes via immunocytochemistry and flow cytometry. Patients' tofacitinib-metabolizing capacity was characterized by CYP2C19, CYP3A5 and CYP3A4 genotypes. Clinical parameters were registered, while colonoscopy examinations were performed at baseline and at week 12. Mucosal sampling was also performed to measure mucosal cytokine levels (TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-1b, IFN- $\gamma$ , IL-4, IL-17A, PAI-1) and alterations in JAK/STAT gene expressions (STAT1, STAT3, JAK1, JAK2, JAK3, TYK2) via multiplex ELISA and qRT-PCR methods. Week 12 clinical and endoscopic remission/response, histological remission and treatment persistence were used as outcomes. We performed multivariable logistic regression models on these specific outcomes and data was handled with intention-to-treat analysis.

**Results:** In total, we included 63 patients (male/female ratio 24/39; mean age 38.7 $\pm$ 11.7 years; mean Mayo score 8.9 $\pm$ 2.4) in our study. In total, 7 patients (9.2%) achieved histological remission, while 20 patients (26.7%) achieved endoscopic remission, and 27 patients (42.9%) endoscopic response. Clinical remission was observed in 21 patients (33.3%), while clinical response was achieved by 30 patients (47.6%). In total, 34 patients (54.0%) were in corticosteroid-free clinical remission at week 12, and higher baseline pMayo score decreased (OR=0.64 [95% CI: 0.43 – 0.94]), while albumin increased (OR=1.33 [95% CI: 1.01 – 1.76]) the chance of achieving the outcome (AUC = 0.93). We found that one-year treatment persistence was strongly influenced by week 12 endoscopic remission ( $\beta$ =3.79 [95% CI: 1.21 – 6.37]), but not by histological remission ( $\beta$ =1.58 [95% CI: -0.74 – 3.89]). Higher baseline CD8<sup>+</sup> MDR1 activity decreased the chance of clinical response (OR=0.91; p=0.048), while higher CD8<sup>+</sup> MRP1 decreased week 12 treatment persistence (p=0.04, r=0.32). CYP3A5 1/3 genotype increased the histological remission rates (OR=13.9 [95% CI: 1.04-186.2]). The levels of mucosal IL-6 (18.51 vs 25.72 pg/mg, p=0.049), IL-4 (94.41 vs 168.8 pg/mg, p=0.037) and PAI-1 (921 vs 1483 pg/mg, p=0.01) were significantly lower in the clinical/endoscopic responders at the baseline.

**Conclusion:** Based on our prospective cohort study, short-term histological remission is still a hard-to-reach endpoint in moderate-to-severe UC on TOFA. Measurement of baseline

CD8<sup>+</sup> MRP1 and CD8<sup>+</sup> MDR1 activity, and mucosal levels of IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-4, and PAI-1, and CYP3A5 genotype may help to increase treatment success.

#### 97. THE ROLE OF EARLY MUCOSAL AND TRANSMURAL REMISSION IN A TREAT-TO-TARGET STRATEGY AMONG PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE RECEIVING BIOLOGICAL THERAPY

Resál T.<sup>1</sup>, Kovács N.<sup>1</sup>, Varga Á.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökerecs T.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>

1. Department of Gastroenterology, North-Pest Central Hospital

**Background and aims:** The STRIDE II recommendations emphasize the role of the treat-to-target (T2T) strategy and propose endoscopic remission as a key long-term therapeutic target in Crohn's disease, as its achievement is associated with reduced relapse and hospitalization rates and a decreased need for surgery. The aim of our study was to evaluate the rate of achieving long-term T2T targets in patients with Crohn's disease receiving biological therapy and to identify potential predictors associated with achieving these therapeutic goals.

**Methods:** We conducted a retrospective study at the Department of Gastroenterology, North-Pest Centrum Hospital – Military Hospital. Consecutive patients with Crohn's disease receiving biological therapy were enrolled. Patients with treatment modifications due to perianal disease or lack of endoscopic follow-up were excluded. The primary outcome was the achievement of mucosal and/or transmural remission. Endoscopic remission was defined as corticosteroid-free remission (CSFR; no corticosteroid use during the previous 30 days and CDAI <150) with SES-CD <4 (segmental score <2) or, in patients with prior resection, a modified Rutgeerts score <i>i2b</i>. Transmural remission was defined as CSFR with a MaRIA score <7. Secondary outcomes included the number of therapeutic modifications and the time required to achieve long-term T2T endpoints. Statistical analysis included Kaplan–Meier survival analysis and multivariable logistic and Cox regression models to control for potential confounders. The best predictive model was selected using ROC analysis, AIC/BIC criteria, and Hosmer–Lemeshow goodness-of-fit testing.

**Results:** Patient enrollment is ongoing. To date, a total of 68 patients receiving biological therapy for Crohn's disease have been included in the analysis. Long-term treat-to-target endpoints were achieved in 29 patients (42.6%). Among them, 25 patients (86%) achieved the primary endpoint during first-line biological therapy, and 8 patients required dose escalation before reaching the therapeutic target. Loss of response occurred in 5 of the 29 patients who initially achieved remission (17.2%); however, 4 of these patients (80%) were able to regain long-term T2T endpoints following therapeutic adjustment. During follow-up, surgery was required in 6 patients (9%). Achieving the primary outcome was significantly more likely during first-line biological therapy (OR = 61.95, 95% CI: 7.67–500.5) and in patients with colonic disease localization (OR = 2.82, 95% CI: 1.01–7.86) (AUC = 0.889). Furthermore, survival analysis demonstrated that previous ileocecal resection was associated with an increased probability of achieving the primary endpoint (HR = 2.52, 95% CI: 1.05–6.08).

**Conclusion:** Achieving long-term treat-to-target goals remains challenging in patients with Crohn's disease receiving biological therapy. Failure to reach the therapeutic target during first-line treatment, even after dose escalation, markedly reduces the likelihood of achieving it with subsequent therapies, raising questions about the

Group, HCEMM-USZ, Szeged, Hungary; 6. Navolab Diagnostics Ltd., Szeged, Hungary; 7. Institute of Molecular Life Sciences, HUN-REN Research Centre for Natural Sciences, Budapest, Hungary; 8. Laboratory of Functional Genomics, HUN-REN Biological Research Centre, Szeged, Hungary; 9. Department of Physiology and Biochemistry, University of Veterinary Medicine Budapest, Budapest, Hungary

**Background and Aims:** Tofacitinib (TFB) is a JAK 1/3 inhibitor small molecule drug used in ulcerative colitis (UC). Prognostic markers of treatment response are lacking, however 39-54% of patients experience loss of response. Multidrug resistance protein (MDR) activity, and differences in hepatic metabolism via cytochrome P450 (CYP) isoenzymes may be associated with decreased intracellular bioavailability, while clinical factors, mucosal alterations of JAK/STAT signaling pathways can predict treatment response. Our study aimed to analyze the predictive value of MDR activity, CYP genotype, and cytokine pattern beside clinical factors in a multidisciplinary approach.

**Methods:** In this prospective cohort study adult UC patients were enrolled when introducing TFB treatment and followed until week 12. At baseline, blood samples were obtained to measure the activity of three ABC drug transporters (MDR1, MRP1, and BCRP) in leukocytes via immunocytochemistry and flow cytometry. Patients' tofacitinib-metabolizing capacity was characterized by CYP2C19, CYP3A5 and CYP3A4 genotypes. Clinical parameters were registered, while colonoscopy examinations were performed at baseline and at week 12. Mucosal sampling was also performed to measure mucosal cytokine levels (TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-1b, IFN- $\gamma$ , IL-4, IL-17A, PAI-1) and alterations in JAK/STAT gene expressions (STAT1, STAT3, JAK1, JAK2, JAK3, TYK2) via multiplex ELISA and qRT-PCR methods. Week 12 clinical and endoscopic remission/response, histological remission and treatment persistence were used as outcomes. We performed multivariable logistic regression models on these specific outcomes and data was handled with intention-to-treat analysis.

**Results:** In total, we included 63 patients (male/female ratio 24/39; mean age 38.7 $\pm$ 11.7 years; mean Mayo score 8.9 $\pm$ 2.4) in our study. In total, 7 patients (9.2%) achieved histological remission, while 20 patients (26.7%) achieved endoscopic remission, and 27 patients (42.9%) endoscopic response. Clinical remission was observed in 21 patients (33.3%), while clinical response was achieved by 30 patients (47.6%). In total, 34 patients (54.0%) were in corticosteroid-free clinical remission at week 12, and higher baseline pMayo score decreased (OR=0.64 [95% CI: 0.43 – 0.94]), while albumin increased (OR=1.33 [95% CI: 1.01 – 1.76]) the chance of achieving the outcome (AUC = 0.93). We found that one-year treatment persistence was strongly influenced by week 12 endoscopic remission ( $\beta$ =3.79 [95% CI: 1.21 – 6.37]), but not by histological remission ( $\beta$ =1.58 [95% CI: -0.74 – 3.89]). Higher baseline CD8<sup>+</sup> MDR1 activity decreased the chance of clinical response (OR=0.91; p=0.048), while higher CD8<sup>+</sup> MRP1 decreased week 12 treatment persistence (p=0.04, r=0.32). CYP3A5 1/3 genotype increased the histological remission rates (OR=13.9 [95% CI: 1.04-186.2]). The levels of mucosal IL-6 (18.51 vs 25.72 pg/mg, p=0.049), IL-4 (94.41 vs 168.8 pg/mg, p=0.037) and PAI-1 (921 vs 1483 pg/mg, p=0.01) were significantly lower in the clinical/endoscopic responders at the baseline.

**Conclusion:** Based on our prospective cohort study, short-term histological remission is still a hard-to-reach endpoint in moderate-to-severe UC on TOFA. Measurement of baseline

CD8<sup>+</sup> MRP1 and CD8<sup>+</sup> MDR1 activity, and mucosal levels of IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-4, and PAI-1, and CYP3A5 genotype may help to increase treatment success.

#### 97. THE ROLE OF EARLY MUCOSAL AND TRANSMURAL REMISSION IN A TREAT-TO-TARGET STRATEGY AMONG PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE RECEIVING BIOLOGICAL THERAPY

Resál T.<sup>1</sup>, Kovács N.<sup>1</sup>, Varga Á.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökerez T.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>

1. Department of Gastroenterology, North-Pest Central Hospital

**Background and aims:** The STRIDE II recommendations emphasize the role of the treat-to-target (T2T) strategy and propose endoscopic remission as a key long-term therapeutic target in Crohn's disease, as its achievement is associated with reduced relapse and hospitalization rates and a decreased need for surgery. The aim of our study was to evaluate the rate of achieving long-term T2T targets in patients with Crohn's disease receiving biological therapy and to identify potential predictors associated with achieving these therapeutic goals.

**Methods:** We conducted a retrospective study at the Department of Gastroenterology, North-Pest Centrum Hospital – Military Hospital. Consecutive patients with Crohn's disease receiving biological therapy were enrolled. Patients with treatment modifications due to perianal disease or lack of endoscopic follow-up were excluded. The primary outcome was the achievement of mucosal and/or transmural remission. Endoscopic remission was defined as corticosteroid-free remission (CSFR; no corticosteroid use during the previous 30 days and CDAI <150) with SES-CD <4 (segmental score <2) or, in patients with prior resection, a modified Rutgeerts score <2b. Transmural remission was defined as CSFR with a MaRIA score <7. Secondary outcomes included the number of therapeutic modifications and the time required to achieve long-term T2T endpoints. Statistical analysis included Kaplan–Meier survival analysis and multivariable logistic and Cox regression models to control for potential confounders. The best predictive model was selected using ROC analysis, AIC/BIC criteria, and Hosmer–Lemeshow goodness-of-fit testing.

**Results:** Patient enrollment is ongoing. To date, a total of 68 patients receiving biological therapy for Crohn's disease have been included in the analysis. Long-term treat-to-target endpoints were achieved in 29 patients (42.6%). Among them, 25 patients (86%) achieved the primary endpoint during first-line biological therapy, and 8 patients required dose escalation before reaching the therapeutic target. Loss of response occurred in 5 of the 29 patients who initially achieved remission (17.2%); however, 4 of these patients (80%) were able to regain long-term T2T endpoints following therapeutic adjustment. During follow-up, surgery was required in 6 patients (9%). Achieving the primary outcome was significantly more likely during first-line biological therapy (OR = 61.95, 95% CI: 7.67–500.5) and in patients with colonic disease localization (OR = 2.82, 95% CI: 1.01–7.86) (AUC = 0.889). Furthermore, survival analysis demonstrated that previous ileocecal resection was associated with an increased probability of achieving the primary endpoint (HR = 2.52, 95% CI: 1.05–6.08).

**Conclusion:** Achieving long-term treat-to-target goals remains challenging in patients with Crohn's disease receiving biological therapy. Failure to reach the therapeutic target during first-line treatment, even after dose escalation, markedly reduces the likelihood of achieving it with subsequent therapies, raising questions about the

on admission and to evaluate changes in physical function following physiotherapy.

**Methods:** A total of 1,560 physical assessments were conducted in an adult AP population between March 2024 and February 2026. To determine pre-morbid physical activity levels, 1,461 patients completed the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Upon admission, 1,551 patients were evaluated using the Barthel Index to assess basic activities of daily living. Acute Care Index of Function (ACIF) measurements were performed in 1,419 patients, enabling the categorization of functional status across all severity levels and guiding the implementation of appropriate physiotherapy interventions. Valid handgrip strength data were available for 1,281 patients, allowing analysis of changes between admission and discharge. We use a range of motion and muscle strengthening exercises between the two measurements.

**Results:** The Barthel Index distribution suggests that the majority (84.1%) of patients are not restricted in their daily movements (84.1%, none). Based on the IPAQ classification, 38.7% of the patients were physically inactive during the seven days preceding symptom onset. The number of patients with weak handgrip strength decreased from 576 (42,6 %) at admission to 449 (33,2 %) at discharge, suggesting improved muscle strength during hospitalization following pain relief and physiotherapy. This recovery is further corroborated by the ACIF scale results, which reveal high functional independence (score >0.75) in 95% of the subjects.

**Conclusion:** Our findings suggest that physiotherapy intervention may improve the functional status and physical strength in hospitalized acute pancreatitis patients, potentially helping to prevent mobility decline during hospitalization.

### 101. GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉS BLUE RUBBER BLEB NEVUS SZINDRÓMA KAPCSÁN?

Sümegei L.<sup>1</sup>, Drácz B.<sup>2</sup>, Müllner K.<sup>2</sup>, Miheller P.<sup>2</sup>, Iliás Á.<sup>1</sup>, Barkai L.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

**Bevezetés:** A gasztrointesztinális vérzések pontos lokalizációjának, etiológiájának tisztázása, valamint a diagnózis felállítását követő terápia meghatározása olykor nagy kihívást jelent a gasztroenterológusok számára, különösen akkor, ha egy ritka kórképpel állnak szemben.

**Esetismertetés:** Egy 79 éves, ismert generalizált érbeteg esetét mutatjuk be, aki együttes dabigatran és a gasztrointesztinális vérzést megelőzően még újonnan, kiegészítésként kapott clopidogrel kezelés alatt is állt paroxizmális pitvarfibrilláció, arteria iliaca stent implantáció, iliofemorális bypass, ischaemiás stroke, valamint szekunder prevenció kapcsán végzett intracranialis arteria vertebralis angioplastica miatt. A beteg felvételére a Belgyógyászati és Onkológiai Klinikára többszöri transzfúziót igénylő felső emésztőrendszeri vérzés gyanúja, annak kivizsgálása miatt került sor. Az elvégzett colonoscopia során a vastagbélben aktív vérzésforrás nem igazolódott, azonban a terminális ileumban a vékonybél proximális szakaszából származó aktív vérzésre utaló jelek látszódtak. Ismételt gyomortükrözés kapcsán aktív vérzés, egyértelmű vérzésforrás nem igazolódott, a postbulbaris duodenumban leírt 3-5 mm-es foltokban megjelenő sötéték submucosus elváltozások felvetették érmalformáció vagy melanoma malignum lehetőségét, ez utóbbit a szövettani vizsgálat nem támasztotta alá. A vérzésforrás és a diagnózis felállításának

céljából további vizsgálatokat végeztünk. A CT-angiographia során észlelt diffúz intraluminalis jejunalis vérzés kapcsán sebészeti és intervenció radiológiai terápiás lehetőségek hiányában kapszula endoszkópia elvégzésére került sor a Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán. A vizsgálat során a vékonybélben multiplex, livid, submucosus, erodált felszínű eltérések mutatkoztak, melyek felvetették egy a vékonybélben igen ritkán előforduló kórkép, a blue rubber bleb nevus szindróma (Bean-szindróma) lehetőségét. A pontos diagnózis felállítása érdekében vékonybél enteroscopiás vizsgálat történt célzott szövettani mintavételezéssel a Belgyógyászati és Onkológiai Klinikán, mely utóbbi malignus folyamat lehetőségét nem igazolta. A további gyógyszeres, és anticoaguláns terápia meghatározása társszakmák bevonásával történt, figyelembe véve a beteg anamnéziséből, és a súlyos emésztőrendszeri vérzésből adódó lehetséges szövődményeket. Az endoszkópos képeket, a teljes kórtörténetet, valamint a klinikumot figyelembe véve állítottuk fel a Bean-szindróma diagnózisát, és a feltehetően ebből származó vérzés a gyógyszeres terápia revideálását követően megállt.

**Összegzés:** A gasztrointesztinális vérzések hátterében változatos kórképek állhatnak, melyek diagnózisa, terápiás ellátása kihívást jelenthet a gasztroenterológusok számára, különösen akkor, ha a probléma forrása egy kevésbé ismert kórkép. A diagnózis, és a beteg anamnézisének ismerete alapján a társszakmák bevonása sok esetben elengedhetetlen annak érdekében, hogy ezen páciensek a számukra legmegfelelőbb terápiában részesülhessenek.

### 102. CRC UTÁNI ENDOSCOPOS SURVEILLANCE IRÁNYELV-ADHERENCIA

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

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

**Bevezetés:** A colorectalis carcinoma (CRC) miatt kuratív beavatkozáson átesett betegek endoszkópos utánkövetése kulcsfontosságú a synchron és metachron laesiók, valamint a lokális recidíva korai felismerésében. Az ESGE irányelvek strukturált surveillance stratégiát javasolnak, azonban a klinikai gyakorlatban az irányelvekhez való adherencia és az endoszkópos kapacitás optimális felhasználása gyakran eltér az ajánlásoktól.

**Cél:** Vizsgálatunk célja a CRC miatt kuratív beavatkozáson átesett betegek endoszkópos surveillance-ének ESGE irányelvekhez való adherenciájának felmérése egy tercier centrumban.

**Módszer:** Retrospektív vizsgálatunkban a Szegedi Tudományegyetemen 2019-ben, 50–70 éves korban elsőként diagnosztizált CRC miatt kuratív műtéten vagy endoszkópos eltávolításon átesett betegeket elemeztük. Vizsgáltuk a perioperatív teljes colonoscopia meglétét, valamint az egyéves és hároméves surveillance colonoscopia megvalósulását.

**Eredmények:** A beválogatási kritériumoknak 63 beteg felelt meg. Perioperatív colonoscopia 50 esetben (79%) történt. Minőségi perioperatív vizsgálat 47 esetben volt dokumentálható. ¶Az egyéves surveillance colonoscopia 37 betegnél (59%) történt a javasolt időintervallumban, míg 20 esetben (32%) elmaradt. ¶A hároméves surveillance időpontját 45 beteg érte meg; közülük 29 betegnél (64%) történt colonoscopia. ¶A guideline-okban javasolt surveillance vizsgálatokon túl további 51 colonoscopia

történt olyan betegekben, akiknél a korábbi vizsgálatok nem indokolták a szorosabb követést.

**Következtetés:** A CRC utáni endoszkópos surveillance intézetünkben csak részben felel meg az ESGE ajánlásainak. A javasolt vizsgálatok egy része elmaradt vagy késve történt, miközben jelentős számú, irányelvekben nem javasolt colonoscopia is kivitelezésre került. A surveillance strukturáltabb szervezése javíthatja az irányelv-adherenciát és az endoszkópos kapacitás hatékonyabb felhasználását.

### 103. DOES MPV VALUE HAVE ANY ROLE IN DIAGNOSING AND MONITORING COELIAC DISEASE?

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

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

**Introduction:** Mean platelet volume (MPV) has recently been recognized as a simple and low-cost inflammatory biomarker in coeliac disease (CD). Some studies have found positive correlations between MPV and disease severity and gluten-free diet adherence, however, the data are controversial.

**Aims:** The aim of the study was to investigate whether MPV can be used to assess CD activity and dietary adherence.

**Methods:** We conducted a nested, cross-sectional, multicentre study at three university clinics as part of our prospective ARCTIC study. We compared three populations: newly diagnosed CD patients, treated CD patients on a gluten-free diet and healthy controls. Dietary adherence of treated CD patients was determined by 1) dietary interview, 2) self-report, 3) symptom severity assessment using a questionnaire, 4) coeliac-specific antibodies, and 5) testing for urine gluten immunogenic peptides (GIP). Descriptive statistical and univariate comparative analyses were performed. Group comparisons were conducted using Kruskal-Wallis rank-sum test, Wilcoxon test and Pearson's Chi-squared test.

**Results:** A total of 416 subjects (78 male, 338 female) participated in the study, including 64 newly diagnosed, 269 treated CD patients and 83 healthy control subjects. Median MPV values did not differ significantly between groups (treated CD patients: 10.34 fL, newly diagnosed CD: 10.10 fL, control: 10.30 fL,  $p=0.273$ ). In newly diagnosed CD patients, antibody titres and symptom severity did not influence MPV values ( $p=0.930$  and  $p=0.478$ , respectively). In treated CD patients, neither dietitian-assessed nor self-reported dietary adherence ( $p=0.425$  and  $0.601$  respectively), nor urine GIP, serology or symptom severity were associated with MPV values ( $p=0.87$ ,  $0.881$  and  $0.653$  respectively).

**Conclusion:** Our study does not support the role of MPV in the CD diagnosis and follow-up.

### 104. HEPATIKUS ENCEPHALOPATHIA OKOZTA DELÍRIUM-SZINDRÓMA, VAGY MÉGSEM?

Szűcs A.<sup>1</sup>, Varga M.<sup>1</sup>, Martyin T.<sup>2</sup>

1. Békés Vármegyei Központi Kórház, Dr. Réthy Pál Tagkórház, 2. Gasztroenterológia Osztály; 2. Békés

Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Infektológiai Osztály

**Bevezetés:** Kórházi felvételt követően gyakran lép fel novum tudatzavar, súlyosabb esetben delírium-szindróma, különösen idős beteget körében. A delírium-szindróma egy potenciálisan életveszélyes állapot, elkülönítése különösen az idősköri demenciától fontos. A tünetegyüttes hátterében számos betegség állhat, többek között hepatikus encephalopathia is.

**Beteg:** Esetünkben egy 70 éves férfibeteget vettük fel kórházunk Sürgősségi Osztályáról, ahol egy hónapja tartó jobb bordaív alatti hasi fájdalom, étvágytalanság és fogyás miatt jelentkezett. Láza vagy egyéb panaszja nem volt. Kórelőzményében kezelt hypertonia szerepel, 40 éve dohányzik napi egy dobozzal, alkoholt alkalmasszerűen fogyasztott. Szociális háttere rendezett.

**Eredmények:** Fizikális vizsgálat során kiemelendő az icterusos bőr és sclerák, jobb bordaívet három harántujjal meghaladó májtompulat, illetve köldök alatt két harántujjal ascites volt kopogtatható. Laborjában balra tolt vérkép, emelkedett gyulladásos értékek, emelkedett parenchymás és obstrukciós májenzimek, megnőtt INR volt a kiemelendő. Tumormarkerek közül az AFP volt extrém magas (60500 ng/ml!). Hasi ultrahang vizsgálata során multiplex májmetastasisokat láttak, felmerült primer hepatocelluláris carcinoma lehetősége is. Komplex májprotektív kezelést, illetve felmerülő spontán bakteriális peritonitis miatt parenterális ceftriaxone kezelést indítottunk. Felvételének harmadik napján novum súlyos fokú tudatzavar, delírium-szindróma alakult ki, ügyeleti időben elvégzett koponya CT friss laesiót nem igazolt. Tudatzavarát multiplex máj térfoglalás talaján kialakuló progrediáló akut májelégtelenségnek, hepatikus encephalopathianak véltük, de haemokultúrákat is levettük. Kezelését ennek megfelelően kiegészítettük pszichiáter bevonásával. Azonban kontroll laborjaiban gyulladásos értékek tovább emelkedtek, ascites punkció fertőzésre utalót nem igazolt, viszont haemokultúra *Listeria monocytogens* septicaemiát igazolt. Infektológussal konzultáltunk, parenterális ampicillin és gentamicin terápiára tértünk át, illetve lumbálpunkciót végeztünk, mely megerősítette meningitis lehetőségét. A beteget kórházunk Fertőző Osztályára helyeztük át.

**Következtetés:** Kialakult delírium-szindróma hátterében *Listeria monocytogens* okozta meningitis, illetve hepatikus encephalopathia állt. Célzott antibiotikus és komplex májprotektív kezelés hatására klinikai állapota fokozatosan javult. Hasi ultrahangon leírt tumoros betegsége miatt további kivizsgálása folyamatban van.

### 105. IN VITRO FERTILIZÁCIÓ OKOZTA PANCREATITIS

Tajti M.<sup>1</sup>, Gieszinger G.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Kormányos E.<sup>1</sup>, Terzin V.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum

**Bevezetés:** Az in vitro fertilizáció egyre több családalapítást tervező nő számára államilag finanszírozott formában elérhető beavatkozás. A kezelés során alkalmazott ösztrogén terápia hypertrigliceridémiát okozhat, ismert hyperlipidémia esetén pedig a kórképet súlyosbíthatja.

**Esetleírás:** 32 éves, in vitro fertilizáció előtt álló, korábban már hypertrigliceridémiával észlelt, felvételét megelőző fél évben ösztrogén terápiában részesülő nőbeteg SBO-ról került felvételre extrém hypertrigliceridémia (107 mmol/l) talaján kialakult akut pancreatitis további ellátása céljából. Plasmaferesist alkalmaztunk, melyet követő kontroll

laborjában triglicerid-szintje (8,09 mmol/l) jelentős csökkenést mutatott, így újabb plasmaferesésre nem volt szükség. Extrém hypokalcémia (1,45 mmol/l) miatt parenterális kalciumpótlást kezdtünk. Észlelésünk 72-96. órája között elvégzett hasi CT-vizsgálaton a pancreas processus uncinatus területi kis kiterjedésű necrosis mellett kiterjedt mennyiségű gyulladásoz folyadékgyülem került leírásra, nasojejunalis táplálást indítottunk. Az alkalmazott kezelés mellett laborjában gyulladásoz paraméterei, májenzimértékei, hasnyálmirigy enzimek szintje időarányos regressziót mutattak, klinikailag a betegnél a domináló panasz a hasfeszülés volt. Artériás vérgáz vizsgálat izolált hypoxémia jeleit mutatta. Alarmírozó hasi statusra tekintettel ismételt hasi CT-vizsgálat történt, amely szabad hasi- és peripancreaticus folyadékgyülemet igazolt. Percutan módon folyadékgyülem drainage történt, a folyadékban magas (207 U/L) amiláz tartalom igazolódott. A hasúri folyadékgyülem mennyiségére és gyors visszatelődésére tekintettel Wirsung-ruptúra kizárása céljából MRCP, majd ERCP vizsgálat is történt, mely vezetékserülést nem igazolt. Intermittáló lázas állapotra tekintettel széles spektrumú antibiotikus terápiában részesült. Hasi statusban való javulás elmaradása miatt ismételt hasi CT történt, amely alapján a peripancreaticus folyadékgyülem demarkálódott, így EUS-vezérelt cystogastrotomia történt LAMS stent behelyezésével intubációs védelemben. A beavatkozás során deszaturálódást észleltünk, mely miatt a beteg intenzív osztályra került. Mellkas CT nagy mennyiségű bal oldali mellkasi folyadékot véleményezett, mely miatt ultrahang vezérelt drainage történt, a továbbiakban az oxigenizációval probléma nem volt. A tartósan rossz hasi status miatt készült kontroll CT-vizsgálat novum eltérést nem igazolt, a tüdő alsó lebenyeinek atelectasiája mellett felmerült jobb oldali pneumonia lehetősége is. Az enterális táplálás fenntartása céljából endoscopos ellenőrzés mellett nasojejunalis sonda ismételt levezetésére került sor, emellett a nasogastricus sonda is megtartásra került a jelentős mennyiségű gyomor retentio elvezetése miatt. A kombinált, célzott antibiotikus terápia ellenére tartósan fennálló láz mellett a beteg deszaturálódott, bronchofiberoscopos lavage-ra is szükség volt. Keringésmegingás miatt kombinált vazopresszor adása vált szükségessé, terápiai erőfeszítések ellenére a beteg szeptikus sokk következtében kialakult többszervi elégtelenségben elhunyt.

**Konklúzió:** A hypertrigliceridémia az akut pancreatitis ritka etiológiai tényezője, amely súlyosabb lefolyású akut pancreatitist eredményezhet, mint az egyéb kórok. Hyperlipidémiás betegeket kezelni és követni kell. Ösztrogén terápia súlyosbíthatja a már meglévő hyperlipidémiát és akut pancreatitist indukálhat, ezért in vitro fertilizáció során még szorosabb kontrollra van szükség.

#### 106. MANAGEMENT OF BILIARY PANCREATITIS DURING PREGNANCY: SAFETY OF ERCP AND CHOLECYSTECTOMY

Tarján D.<sup>2</sup>, Szalai E.<sup>1</sup>, Erőss B.<sup>2</sup>, Mikó A.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>2</sup>

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

**Introduction:** Acute biliary pancreatitis (AP) during pregnancy represents a complex clinical scenario, and current guidelines in pancreatology, obstetrics, and surgery do not provide clear, condition-specific recommendations.

**Aims:** This study aimed to assess the safety and effectiveness of cholecystectomy and endoscopic retrograde

cholangiopancreatography (ERCP) when performed during pregnancy.

**Methods:** In this international, retrospective, multicenter cohort study, data were collected on patient demographics, timing and technique of interventions, complications, and maternal-fetal outcomes. Continuous variables were expressed as medians with interquartile ranges, and categorical variables as absolute numbers and percentages.

**Results:** The study included 101 cases from 19 centers in 14 countries. In mild AP during pregnancy, cholecystectomy significantly reduced readmissions for recurrent pancreatitis or gallstone-related complications compared with conservative management (0% vs 24%; n=0/17 vs n=12/49; p=0.027). The surgical complication rate during pregnancy was low and comparable to postpartum procedures (12% vs 10%; n=2/17 vs n=3/30). Preterm delivery occurred in 7.1% (n=1/14) of patients undergoing cholecystectomy versus 11% (n=5/45) with conservative management. Fetal loss occurred only in first-trimester surgeries (n=3/17 vs n=1/49). No significant differences were observed between the surgical and ERCP groups in readmission (5%, n=1/21 vs 27%, n=4/15), fetal loss (5%, n=1/21 vs 27%, n=4/15), or preterm birth (6%, n=1/17 vs 8%, n=1/12).

**Conclusion:** Cholecystectomy is safe and effective after mild biliary pancreatitis in the second and third trimesters, while ERCP can be safely performed in any trimester when indicated.

#### 107. ÚJ GENERÁCIÓS ENDOSZKÓPOS KLIP ALKALMAZÁSA NAGY MUCOSADEFECTUSOK ZÁRÁSÁRA EMR UTÁN – KEZDETI TAPASZTALATAINK

Tarpay Á.<sup>1</sup>, Szegedi É.<sup>1</sup>, Lőrinczi C.<sup>1</sup>, Sütő G.<sup>1</sup>, Egyedné Bihari M.<sup>1</sup>, Vilandné Horányi A.<sup>1</sup>, Szmola R.<sup>1</sup>

1. Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Osztály

**Introduction:** Nagy ( $\geq 20$  mm) gastrointestinalis laesiók endoszkópos mucosaresectiója (EMR) vagy submucosus dissectiója (ESD) után kialakuló mucosadefectusok a késői vérzés fontos kockázati tényezői. Több tanulmány igazolta, hogy a profilaktikus endoszkópos klipzárás szignifikánsan csökkentheti a késői vérzés és perforáció előfordulását, különösen nagy laesiók esetén. Ugyanakkor a hagyományos through-the-scope klippek alkalmazása nagyobb defectusoknál technikai kihívást jelenthet a limitált nyílásszélesség és a szövetmegragadás korlátozottsága miatt.

**Aims:** A Mantis klip (*Boston Scientific, Marlborough, USA*) alkalmazásával szerzett kezdeti tapasztalataink bemutatása nagy post-EMR mucosadefectusok zárásában.

**Methods:** Retrospektív módon elemeztük azon betegek adatait, akiknél centrumunkban EMR után kialakult nagy mucosadefectus (>25mm) zárása történt Mantis klippel. Vizsgáltuk a technikai sikerességet, a felhasznált klippek számát, valamint a beavatkozást követő szövődeményeket.

**Results:** Az elmúlt 12 hónapban összesen 10 esetben történt nagy post-EMR mucosadefectus zárása Mantis klippel. A klip alkalmazása egy eset kivételével minden esetben technikai sikerrel járt, a defectus szélei megfelelően approximálhatóak voltak. Minden esetben 1 klip elegendő volt a defectus két szélének megfelelő közelítéséhez. Post-EMR vérzés egyetlen esetben sem fordult elő, és procedurális szövődeményt sem észleltünk.

**Conclusion:** A Mantis klip alkalmazása hatékony és biztonságos módszernek tűnik nagy mucosadefectusok zárására EMR után. Speciális megragadó mechanizmusa lehetővé teszi a mucosa defectus széleinek megbízható approximációját, majd hagyományos klippekkel történő

zárását, mellyel potenciálisan csökkentheti a post-EMR vérzés kockázatát.

### 108. A PUSH-PEG SZEREPE A SEBÉSZETI GASZTROSZTÓMIA KIVÁLTÁSÁBAN TUMOROS DYSPHAGIÁBAN – EGY CENTRUM TAPASZTALATAI

Tarpay A.<sup>1</sup>, Szegedi É.<sup>1</sup>, Lőrinczi C.<sup>1</sup>, Sütő G.<sup>1</sup>, Egyedné Bihari M.<sup>1</sup>, Vilandné Horányi A.<sup>1</sup>, Szmola R.<sup>1</sup>

1. Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Osztály

**Introduction:** A percutan endoszkópos gastrostomia (PEG) a tartós enterális táplálás egyik legfontosabb módszere tumoros dysphagiában. Előrehaladott száj-garat és nyelőcső daganatok esetén azonban a jelentős szűkület vagy trismus miatt a hagyományos pull-PEG technika gyakran nem kivitelezhető. Ilyen esetekben korábban sebészeti gasztrosztómia (Witzel-, Kader- vagy Danovay-féle technika) jelentette az egyetlen alternatívát. Az ultravékony endoszkóppal asszisztált push-PEG technika bevezetése minimálisan invazív megoldást kínálhat ezekben a technikailag nehéz esetekben.

**Aims:** Vizsgálatunk célja annak elemzése volt, hogy a push-PEG technika bevezetése milyen hatással volt a sebészeti gasztrosztómiák arányára olyan esetekben, amikor a hagyományos pull-PEG kivitelezése nem volt lehetséges.

**Methods:** 10 év adatainak retrospektív elemzése során intézetünk adatbázisát vizsgáltuk. A percutan endoszkópos gastrostomián átesett betegek körében elemeztük a második beavatkozások előfordulását és típusát. Külön elemeztük azokat az eseteket, ahol a primer pull-PEG-et követően 30 napon belül második beavatkozás történt. A második beavatkozásokat sebészeti gasztrosztómia vagy push-PEG kategóriákba soroltuk. A változás vizsgálatára két időszakot hasonlítottunk össze: 2012–2016 és 2017–2021.

**Results:** A vizsgált időszakban 205 beteg részesült primer percutan endoszkópos gastrostómiában, közülük 151 pull-PEG és 54 push-PEG történt. Második beavatkozásra 45 esetben (≈22%) volt szükség. A primer pull-PEG-et követően 30 napon belül 26 esetben történt második beavatkozás. A sikertelen pull-PEG-et követő második beavatkozások megoszlása jelentősen változott a vizsgált időszakok között. A 2012–2016 közötti időszakban a második beavatkozások 71%-ban sebészeti gasztrosztómiát (n=5) és 29%-ban push-PEG-et (n=2) jelentettek, míg a 2017–2021 közötti időszakban a push-PEG dominánssá vált, és az esetek 74%-ában push-PEG (n=14), 26%-ában pedig sebészeti gasztrosztómia (n=5) történt

**Conclusion:** Eredményeink alapján az ultravékony endoszkóppal asszisztált push-PEG technika jelentősen csökkentette a sebészeti gasztrosztómiák szükségességét olyan tumoros dysphagiában szenvedő betegek esetében, akiknél a hagyományos pull-PEG kivitelezése nem volt lehetséges.

A push-PEG minimálisan invazív alternatívát jelent, amely a legtöbb esetben kiválthatja a sebészeti gasztrosztómiát, és fontos szerepet tölthet be a step-up megközelítésben a táplálási lehetőségek biztosításában.

### 109. A RARE CAUSE OF DOUBLE DUCT SIGN: A CASE REPORT

Terzin V.<sup>1</sup>, Dobra M.<sup>2</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Tajti M.<sup>1</sup>, Gieszinger G.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>

1. Department of Internal Medicine, Center for Gastroenterology, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Hódmezővásárhelyi-Makói Egészségügyi Ellátó Központ, Makó, Hungary

**Introduction:** Neuroendocrine tumors (NETs) are quite rare neoplasias with a low incidence of 2-5 cases per 100.000 persons a year. Gastrointestinal (GI) NETs develop from enterochromaffin cells and can be benign or malignant. The NET of the papilla of Vater is extremely rare, approximately 5% of the GI-NETs.

**Case report:** A 71-year-old woman suffering from chronic diarrhea, which started 8 months ago, was referred to the Gastroenterology Outpatient Clinic. She had lost 10 kilograms during this time period. Colonoscopy was performed without any abnormalities, biopsies were taken which revealed no signs of microscopic colitis. Abdominal ultrasound showed mild dilatation of the common bile duct and a suspected tumor of the head of the pancreas. Endoscopic ultrasound (EUS) discovered an enlargement of the papilla of Vater causing blockage in bile flow and lymphadenomegaly. EUS-guided fine needle aspiration was made from an enlarged lymph node, but no abnormality was verified. Abdominal computed tomography showed the enlargement of the papilla, double duct sign and cholestasis. During the endoscopic retrograde cholangiopancreatography a submucosal tumor was suspected in the papilla. Endoscopic papillotomy was performed, which restored cholestasis and biopsies were taken afterwards. Histological examination revealed neuroendocrine tumor of the papilla. Octreotide scan did not show any activity in the area of papilla of Vater. Surgical removal was recommended by oncologists, but the patient did not accept the therapy. Endoscopic papillectomy was performed; histology revealed grade 1 well differentiated NET with R1 resection. Patient came back for follow-up only after 1 year. Duodenoscopy revealed the recurrence of a polyp at papilla of Vater. Papillectomy was performed again and histopathological examination confirmed relapse of NET. During this time the patient hadn't got any abdominal complaint, there was not seen any cholestasis in the laboratory tests. Somatostatin analog therapy was initiated.

**Conclusion:** Although, NET of papilla of Vater is a very rare entity, we have to think about it as a reason of distal biliary obstruction. Unlike pancreatic malignancies, it has a very good prognosis.

### 110. SECRETORY IMMUNOGLOBULIN A (SIGA): A NEW PROGNOSTIC MARKER FOR PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS (PSC)

Tornai D.<sup>1</sup>, Szabó A.<sup>1</sup>, Hanisch L.<sup>1</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>, Tornai T.<sup>2</sup>, Antal-Szalmás P.<sup>3</sup>, Papp M.<sup>1</sup>

1. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Debrecen; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University; 3. Department of Laboratory Medicine, Faculty of Medicine, University of Debrecen

**Introduction:** Primary sclerosing cholangitis (PSC) is a progressive inflammatory disease of the bile ducts, frequently associated with inflammatory bowel disease (IBD). The gut-liver axis is considered a pivotal factor in PSC pathogenesis. In a previous study, we demonstrated that elevated serum levels of secretory (s)IgA—which is produced in the gut and secreted into the lumen—serve as a marker of gut-barrier damage and a strong predictor of short-term mortality in patients with acute-on-chronic liver failure.

**Aims:** In this study, we aimed to evaluate the association of serum sIgA with disease severity, clinical characteristics, and outcomes in PSC.

**Methods:** We conducted a cohort study of PSC patients analyzing data collected during annual follow-up

visits. Serum sIgA concentrations were measured from baseline samples. We investigated the association between sIgA and clinical parameters and assessed sIgA's prognostic value for a composite endpoint defined as liver transplantation (LTx) or liver-related mortality over a 10-year period.

**Results:** The cohort included 135 patients (51.9% male; median age: 36.4 years [IQR: 25.5–48.9]). Co-existing IBD was present in 54.1% of patients, autoimmune hepatitis (AIH) variant syndrome in 19.3%, and established liver cirrhosis in 22.2%. sIgA levels were not associated with the presence of IBD or AIH variant syndrome but were significantly higher in patients with cirrhosis (40.8 [14.0–58.4] vs. 10.7 [5.1–27.8] g/mL;  $p < 0.001$ ). sIgA showed significant positive correlations with disease severity scores (Revised Mayo Risk Score, Amsterdam-Oxford Model, UK-PSC), macrophage activation markers (sCD14, sCD163), liver enzymes (AST, ALT, GGT, ALP), liver function tests (total bilirubin, albumin) (all  $p < 0.001$ ), and CRP ( $p = 0.007$ ). Furthermore, sIgA was a significant predictor of the composite endpoint (AUROC: 0.697; 95% CI: 0.612–0.773). Using an optimal cut-off of  $> 20.1 \mu\text{g/mL}$ , elevated sIgA was associated with a nearly 5-fold increased risk of adverse outcomes (HR: 4.975; 95% CI: 2.117–11.695;  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Serum sIgA levels correlate with disease severity and predict 10-year transplant-free survival in PSC. Notably, sIgA levels were independent of the presence of co-existing IBD, supporting the hypothesis that gut-barrier dysfunction occurs in PSC even in the absence of manifest intestinal inflammation. The correlation with macrophage activation markers further suggests a link with bacterial translocation.

#### 111. PROGNOSTIC UTILITY OF CIRCULATING MACROPHAGE ACTIVATION MARKERS IN PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS: GADGET OR MAGIC?

Tornai D.<sup>1</sup>, Vén P.<sup>2</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>, Tornai T.<sup>3</sup>, Antal-Szalmás P.<sup>4</sup>, Papp M.<sup>1</sup>

1. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Debrecen; 2. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs; 3. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University; 4. Department of Laboratory Medicine, Faculty of Medicine, University of Debrecen

**Introduction:** Primary sclerosing cholangitis (PSC) is a progressive cholestatic liver disease with a highly variable clinical course. The reliability of current biomarkers in predicting disease activity and progression remains limited. Dysregulated macrophage activity is increasingly recognized as a pivotal driver of PSC pathophysiology.

**Aims:** We aimed to evaluate circulating macrophage activation markers as prognostic tools in PSC.

**Methods:** We analyzed serum levels of soluble macrophage activation markers (sCD14, sCD163, sCD206/sMR, and suPAR) in a cohort of 93 Hungarian PSC patients. We assessed associations with disease severity (Revised Mayo Risk Score, UK-PSC, and Amsterdam-Oxford Model [AOM]), gut-barrier function (sIgA), a composite endpoint defined as liver transplantation (LTx) or liver-related mortality over a 10-year period.

**Results:** The cohort (median age 36 years; 57% male) comprised 46.2% patients with co-existing IBD and 21.5% with baseline cirrhosis. During follow-up, 24 patients (25.9%) reached the composite endpoint (LTx: 14, liver-related death: 10). All four markers were significantly elevated in patients with cirrhosis ( $p < 0.01$  for all) and those reaching the composite endpoint (AUROC: sCD206: 0.674; sCD163:

0.789; sCD14: 0.736; suPAR: 0.794;  $p < 0.01$  for all). sCD163, sCD14, and suPAR correlated positively with clinical risk scores and all markers correlated with secretory IgA. In univariate Cox regression, log-transformed sCD14, sCD163, and suPAR predicted the composite outcome. Notably, sCD14 demonstrated the highest predictive value (HR: 10.43 CI: 3.81–28.8). After adjusting for clinical risk scores, sCD14 remained an independent predictor across all models, whereas suPAR lost significance when adjusted for AOM, and sCD163 lost significance across all scores. A novel composite score combining optimal cut-offs of these three macrophage markers provided superior risk stratification: patients with 0, 1–2, or 3 positive markers had a 0%, 40.7%, and 81.7% event rate, respectively.

**Conclusion:** Serum level of macrophage activation markers are increased by PSC severity and predict long-term outcomes. sCD14 bares additional information to clinical scores and the combination of markers representing different aspects of macrophage activation offers robust risk stratification. The correlation with secretory IgA highlights the role of the gut-liver axis in macrophage-mediated disease progression.

#### 112. CHOLECYSTOENTERALIS FISTULA - ESETTANYULMÁNY

Tóth K.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, András P.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház, Gasztroenterológiai Osztály

**Esetbemutató:** Egy 74 éves nőbeteg icterus, emelkedett transzaminázok és obstrukciós paraméterek miatt vizsgáltunk. Panaszai hátterében hasi ultrahang vizsgálatával cholecysto- és choledocholithiasis igazolódott. ERCP során egy 20 mm-es kő volt kimutatható a ductus choledochusban, endoszkópos sphincterotomia, majd az epeelfolyás biztosítása céljából epeúti plastic stent implantáció történt. Ezt követően a román állampolgárságú betegnél több alkalommal Romániában részleges kőextractió és plastic stent implantáció történt. Négy hónap múlva ismételt magyarországi tartózkodása során területi belgyógyászati osztályon hypertenzív krízis és hasi fájdalom miatt vizsgálták. Emelkedett parenchymás májenzimek, obstrukciós értékek és bilirubin szint igazolódott. Hasi ultrahanggal zsugorodott, köves cholecystát és tágut epeutakat láttak. Hasi CT vizsgálat az epeúti tágulaton és a megfelelő helyzetű bilialis stent-en kívül egyebet nem igazolt. Felmerülő stent elzáródás miatt osztályunkon ERCP történt, mely során a kontrasztanyag a d. cysticuson keresztül a cholecystába jutott és a colonba kilépett. A cholecystocolicus fistulát az akut hasi CT vizsgálat megerősítette. Colonoscopia elvégzése során a fistulanyílás nem látszott. Ezt követően a beteg a további vizsgálatokat, műtétet hazájában kívánta folytatni.

**Elméleti háttér:** A cholecystoenteralis fistula ritka kórkép, mely az epekővésség szövődménye lehet. Többségében 60–70 éves nőknél figyelhető meg. Kialakulásában az epehólyagkövesség okozta krónikus epehólyag-gyulladás, majd szövettelhalás játszik szerepet, mely végül perforációhoz, sipolyképződéshez vezet. A kórkép az epekővésségben szenvedő páciensek 3–5 %-ában előfordul. Leggyakrabban (70%) a sipoly az epehólyag és vékonybél között alakul ki. Amennyiben gyomorürülési zavart is okoz Bouveret-szindrómának nevezzük. Ezt követi az epehólyag és a vastagbél flexura hepatica, vagy colon transversum közötti fistula lehetősége (20%), de az epehólyag és a gyomor közötti sipolyról is beszámolt már az irodalom. A kórkép gyakran tünetmentes, de nem specifikus

visits. Serum sIgA concentrations were measured from baseline samples. We investigated the association between sIgA and clinical parameters and assessed sIgA's prognostic value for a composite endpoint defined as liver transplantation (LTx) or liver-related mortality over a 10-year period.

**Results:** The cohort included 135 patients (51.9% male; median age: 36.4 years [IQR: 25.5–48.9]). Co-existing IBD was present in 54.1% of patients, autoimmune hepatitis (AIH) variant syndrome in 19.3%, and established liver cirrhosis in 22.2%. sIgA levels were not associated with the presence of IBD or AIH variant syndrome but were significantly higher in patients with cirrhosis (40.8 [14.0–58.4] vs. 10.7 [5.1–27.8] g/mL;  $p < 0.001$ ). sIgA showed significant positive correlations with disease severity scores (Revised Mayo Risk Score, Amsterdam-Oxford Model, UK-PSC), macrophage activation markers (sCD14, sCD163), liver enzymes (AST, ALT, GGT, ALP), liver function tests (total bilirubin, albumin) (all  $p < 0.001$ ), and CRP ( $p = 0.007$ ). Furthermore, sIgA was a significant predictor of the composite endpoint (AUROC: 0.697; 95% CI: 0.612–0.773). Using an optimal cut-off of  $> 20.1 \mu\text{g/mL}$ , elevated sIgA was associated with a nearly 5-fold increased risk of adverse outcomes (HR: 4.975; 95% CI: 2.117–11.695;  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Serum sIgA levels correlate with disease severity and predict 10-year transplant-free survival in PSC. Notably, sIgA levels were independent of the presence of co-existing IBD, supporting the hypothesis that gut-barrier dysfunction occurs in PSC even in the absence of manifest intestinal inflammation. The correlation with macrophage activation markers further suggests a link with bacterial translocation.

#### 111. PROGNOSTIC UTILITY OF CIRCULATING MACROPHAGE ACTIVATION MARKERS IN PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS: GADGET OR MAGIC?

Tornai D.<sup>1</sup>, Vén P.<sup>2</sup>, Tornai L.<sup>1</sup>, Tornai T.<sup>3</sup>, Antal-Szalmás P.<sup>4</sup>, Papp M.<sup>1</sup>

1. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Debrecen; 2. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs; 3. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University; 4. Department of Laboratory Medicine, Faculty of Medicine, University of Debrecen

**Introduction:** Primary sclerosing cholangitis (PSC) is a progressive cholestatic liver disease with a highly variable clinical course. The reliability of current biomarkers in predicting disease activity and progression remains limited. Dysregulated macrophage activity is increasingly recognized as a pivotal driver of PSC pathophysiology.

**Aims:** We aimed to evaluate circulating macrophage activation markers as prognostic tools in PSC.

**Methods:** We analyzed serum levels of soluble macrophage activation markers (sCD14, sCD163, sCD206/sMR, and suPAR) in a cohort of 93 Hungarian PSC patients. We assessed associations with disease severity (Revised Mayo Risk Score, UK-PSC, and Amsterdam-Oxford Model [AOM]), gut-barrier function (sIgA), a composite endpoint defined as liver transplantation (LTx) or liver-related mortality over a 10-year period.

**Results:** The cohort (median age 36 years; 57% male) comprised 46.2% patients with co-existing IBD and 21.5% with baseline cirrhosis. During follow-up, 24 patients (25.9%) reached the composite endpoint (LTx: 14, liver-related death: 10). All four markers were significantly elevated in patients with cirrhosis ( $p < 0.01$  for all) and those reaching the composite endpoint (AUROC: sCD206: 0.674; sCD163:

0.789; sCD14: 0.736; suPAR: 0.794;  $p < 0.01$  for all). sCD163, sCD14, and suPAR correlated positively with clinical risk scores and all markers correlated with secretory IgA. In univariate Cox regression, log-transformed sCD14, sCD163, and suPAR predicted the composite outcome. Notably, sCD14 demonstrated the highest predictive value (HR: 10.43 CI: 3.81–28.8). After adjusting for clinical risk scores, sCD14 remained an independent predictor across all models, whereas suPAR lost significance when adjusted for AOM, and sCD163 lost significance across all scores. A novel composite score combining optimal cut-offs of these three macrophage markers provided superior risk stratification: patients with 0, 1–2, or 3 positive markers had a 0%, 40.7%, and 81.7% event rate, respectively.

**Conclusion:** Serum level of macrophage activation markers are increased by PSC severity and predict long-term outcomes. sCD14 bares additional information to clinical scores and the combination of markers representing different aspects of macrophage activation offers robust risk stratification. The correlation with secretory IgA highlights the role of the gut-liver axis in macrophage-mediated disease progression.

#### 112. CHOLECYSTOENTERALIS FISTULA - ESETTANYULMÁNY

Tóth K.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, András P.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, Gyökerez T.<sup>1</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház, Gasztroenterológiai Osztály

**Esetbemutatás:** Egy 74 éves nőbetegget icterus, emelkedett transzaminázok és obstrukciós paraméterek miatt vizsgáltunk. Panaszai hátterében hasi ultrahang vizsgálattal cholecysto- és choledocholithiasis igazolódott. ERCP során egy 20 mm-es kő volt kimutatható a ductus choledochusban, endoszkópos sphincterotomia, majd az epeelfolyás biztosítása céljából epeúti plastic stent implantáció történt. Ezt követően a román állampolgárságú betegnél több alkalommal Romániában részleges kőextractió és plastic stent implantáció történt. Négy hónap múlva ismételt magyarországi tartózkodása során területi belgyógyászati osztályon hypertenzív krízis és hasi fájdalom miatt vizsgálták. Emelkedett parenchymás májenzimek, obstrukciós értékek és bilirubin szint igazolódott. Hasi ultrahanggal zsugorodott, köves cholecystát és tágult epeutakat láttak. Hasi CT vizsgálat az epeúti tágulaton és a megfelelő helyzetű bilialis stent-en kívül egyebet nem igazolt. Felmerülő stent elzáródás miatt osztályunkon ERCP történt, mely során a kontrasztanyag a d. cysticuson keresztül a cholecystába jutott és a colonba kilépett. A cholecystocolicus fistulát az akut hasi CT vizsgálat megerősítette. Colonosopia elvégzése során a fistulanyílás nem látszott. Ezt követően a beteg a további vizsgálatokat, műtétet hazájában kívánta folytatni.

**Elméleti háttér:** A cholecystoenteralis fistula ritka kórkép, mely az epekövesség szövődménye lehet. Többségében 60–70 éves nőknél figyelhető meg. Kialakulásában az epehólyagkövesség okozta krónikus epehólyag-gyulladás, majd szövetelhalás játszik szerepet, mely végül perforációhoz, sipolyképződéshez vezet. A kórkép az epekövességben szenvedő páciensek 3–5 %-ában előfordul. Leggyakrabban (70%) a sipoly az epehólyag és vékonybél között alakul ki. Amennyiben gyomorürülési zavart is okoz Bouveret-szindrómának nevezzük. Ezt követi az epehólyag és a vastagbél flexura hepatica, vagy colon transversum közötti fistula lehetősége (20%), de az epehólyag és a gyomor közötti sipolyról is beszámolt már az irodalom. A kórkép gyakran tünetmentes, de nem specifikus

a kapszulát navigálja, és az összes, összesen 9 számozott pontot sorrendben azonosítsa. A teljesítmény értékelése során vizsgáltuk a megtalált pontok számát, a feladat teljesítéséhez szükséges időt, valamint a résztvevők teljesítményének változását a tanulási görbe megítélése céljából.

**Results:** A 10, korábban a rendszert nem használó személy összesen 10-10 próbálkozásának elemzése során egyértelmű tanulási görbe volt megfigyelhető. Az első próbálkozások alkalmával a résztvevők jellemzően csak 3–5 számozott pontot tudtak azonosítani a rendelkezésre álló 20 perc alatt, azonban már néhány ismétlést követően fokozatos javulás mutatkozott mind a megtalált pontok számában, mind a feladatmegoldás sebességében. A középső próbálkozások során a legtöbb asszisztens 6–8 pontot vizualizált sikeresen, míg a későbbi körökben valamennyi résztvevő elérte az összes 9 pont teljes azonosítását. A 9 pont megtalálásához szükséges idő a gyakorlás előrehaladtával csökkent, és a 8–10. próbálkozásra a teljes feladat rendszerint 14–18 perc alatt teljesíthetővé vált. Az AI alapú automata robotikus irányítás (Gastroscan) minden esetben 20 percen belül azonosította az összes korongot, ezzel feltérképezve a gyomor nyálkahártya teljes belső felszínét, átlagosan 15±2 percen belül.

**Conclusion:** A 10, korábban a rendszert nem használó személy összesen 10-10 próbálkozásának elemzése során egyértelmű tanulási görbe volt megfigyelhető. Az első próbálkozások alkalmával a résztvevők jellemzően csak 3–5 számozott pontot tudtak azonosítani a rendelkezésre álló 20 perc alatt, azonban már néhány ismétlést követően fokozatos javulás mutatkozott mind a megtalált pontok számában, mind a feladatmegoldás sebességében. A középső próbálkozások során a legtöbb asszisztens 6–8 pontot vizualizált sikeresen, míg a későbbi körökben valamennyi résztvevő elérte az összes 9 pont teljes azonosítását. A 9 pont megtalálásához szükséges idő a gyakorlás előrehaladtával csökkent, és a 8–10. próbálkozásra a teljes feladat rendszerint 14–18 perc alatt teljesíthetővé vált. Az AI alapú automata robotikus irányítás (Gastroscan) minden esetben 20 percen belül azonosította az összes korongot, ezzel feltérképezve a gyomor nyálkahártya teljes belső felszínét, átlagosan 15±2 percen belül.

#### 115. AZ EPEÚTI KÖVESSÉG MINIMÁLISAN INVAZÍV, LÉPCSŐZETES KEZELÉSI ELVÉNEK VIZSGÁLATA KIEMELT CENTRUMBAN

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

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

**Introduction:** Az endoszkópos retrográd cholangiopancreatographia (ERCP) a choledocholithiasis kezelésének aranystandard módszere. A beavatkozás során az ajánlott lépcsőzetes kezelési elvnek megfelelően először standard módszereket alkalmaznak (endoszkópos sphincterotomia, ballonos és/vagy Dormia kosaras kőextrakció), ennek sikertelensége esetén pedig haladó technikákat (ballonos tágitás, mechanikus kötérés, vagy cholangioscopia és elektrohidraulikus kőzúzás). Bár az eljárás elsődleges a kezelés tekintetében, az invazív jellege miatt fontos a tényleges indikációjának, sikerességének és szövődmény arányának pontos ismerete.

**Aims:** Vizsgálatunk célja a klinikánkon végzett ERCP beavatkozások eredményességének és biztonságosságának felmérése epeúti köves betegekben.

**Methods:** Retrospektív vizsgálat a Semmelweis Egyetem STÉG Invazív Endoszkópos Centrumának 2023-2024. évi adatai alapján. A gyűjtött adatok elemzése deskriptív statisztikai módszerekkel történt, elsősorban az epidemiológiára, diagnosztikára, a kezelésben használt módszerekre és a szövődményekre koncentráva.

**Results:** A vizsgálatot felölelő időszakban a klinikán 567 betegen végeztünk összesen 841 ERCP-t, 251 beteg esetén choledocholithiasis miatt. A köves betegek 51.7%-a nő, 48.3%-a férfi, átlagéletkoruk 64.4 év volt. A diagnosztikát tekintve 150 betegnél (59.7%) lehetett képalkotóval (hasi UH, CT, MRCP, EUH) egyértelműen kimutatni a kő jelenlétét, ebből 18 esetben történt diagnosztikus endoszkópos ultrahang (EUH) együlésben az epeúti intervenció beavatkozással. A laborvizsgálatokban az epekövességre jellemző obstrukciós paraméterek (GGT, ALP, GPT, sebi) mindegyike 118 (47%) betegnél volt emelkedett. Az ERCP során 170 (67.7%) beteg esetében standard módszerrel történt a kő eltávolítása, míg 62 (24.7%) betegnél haladó technikákra volt szükség, ballonos tágitás 53 (21.1%), mechanikus kötérés 9 (3.6%), cholangioscopia 12 (4.8%) esetben történt. 19 esetben (7.6%) egyik módszer sem volt sikeres. Szövődményt összesen 3.6%-ban észleltünk, post-ERCP pancreatitist 5 (2%), perforációt 3 (1.2%) és vérzést 1 (0.4%) beteg esetén. A szövődmények többségében enyhék voltak, intervencióra 2 esetben volt szükség.

**Conclusion:** Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy epeúti kövesség javallatával az ERCP biztonságos és hatékony módszer nagyszámú vizsgálatot végző, kiemelt centrumban.

#### 116. AZ EPEÚTI KÖVESSÉG MINIMÁLISAN INVAZÍV, LÉPCSŐZETES KEZELÉSI ELVÉNEK VIZSGÁLATA KIEMELT CENTRUMBAN

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

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

**Introduction:** Az endoszkópos retrográd cholangiopancreatographia (ERCP) a choledocholithiasis kezelésének aranystandard módszere. A beavatkozás során az ajánlott lépcsőzetes kezelési elvnek megfelelően először standard módszereket alkalmaznak (endoszkópos sphincterotomia, ballonos és/vagy Dormia kosaras kőextrakció), ennek sikertelensége esetén pedig haladó technikákat (ballonos tágitás, mechanikus kötérés, vagy cholangioscopia és elektrohidraulikus kőzúzás). Bár az eljárás elsődleges a kezelés tekintetében, az invazív jellege miatt fontos a tényleges indikációjának, sikerességének és szövődmény arányának pontos ismerete.

**Aims:** Vizsgálatunk célja a klinikánkon végzett ERCP beavatkozások eredményességének és biztonságosságának felmérése epeúti köves betegekben.

**Methods:** Retrospektív vizsgálat a Semmelweis Egyetem STÉG Invazív Endoszkópos Centrumának 2023-2024. évi adatai alapján. A gyűjtött adatok elemzése deskriptív statisztikai módszerekkel történt, elsősorban az epidemiológiára, diagnosztikára, a kezelésben használt módszerekre és a szövődményekre koncentráva.

**Results:** A vizsgálatot felölelő időszakban a klinikán 567 betegen végeztünk összesen 841 ERCP-t, 251 beteg esetén

choledocholithiasis miatt. A köves betegek 51.7%-a nő, 48.3%-a férfi, átlagéletkoruk 64.4 év volt. A diagnosztikát tekintve 150 betegnél (59.7%) lehetett képalkotóval (hasi UH, CT, MRCP, EUH) egyértelműen kimutatni a kő jelenlétét, ebből 18 esetben történt diagnosztikus endoszkópos ultrahang (EUH) együlésben az epeúti intervenció beavatkozással. A laborvizsgálatokban az epekövességre jellemző obstrukciós paraméterek (GGT, ALP, GPT, sebi) mindegyike 118 (47%) betegnél volt emelkedett. Az ERCP során 170 (67.7%) beteg esetében standard módszerrel történt a kő eltávolítása, míg 62 (24.7%) betegnél haladó technikákra volt szükség, ballonos tágítás 53 (21.1%), mechanikus kötörés 9 (3.6%), cholangioscopia 12 (4.8%) esetben történt. 19 esetben (7.6%) egyik módszer sem volt sikeres. Szövődményt összesen 3.6%-ban észleltünk, post-ERCP pancreatitist 5 (2%), perforációt 3 (1.2%) és vérzést 1 (0.4%) beteg esetén. A szövődmények többségében enyhék voltak, intervencióra 2 esetben volt szükség.

**Conclusion:** Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy epeúti kövesség javallatával az ERCP biztonságos és hatékony módszer nagyszámú vizsgálatot végző, kiemelt centrumban.

### 117. A TUMOROS SZARKOPÉRIA ÉS A SZÍVÁLLAPOT ÖSSZEFÜGGÉSEI NYELŐCSŐRÁKOS BETEGEKNÉL SZÍV-MRI, BIOIMPEDANCIA ÉS CT VIZSGÁLATOK ALAPJÁN

Vass T.<sup>1</sup>, Kocsmár É.<sup>2</sup>, Bennemann S.<sup>1</sup>, Herczeg A.<sup>1</sup>, Balázs Á.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Drobní Z.<sup>3</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet; 3. Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika

**Introduction:** A nyelőcsődaganatos betegek 5 éves túlélése a nemzetközi adatok alapján alig haladja meg a 20%-ot. A nyugati országokban, ahol az ázsiai országokkal ellentétben nincs szűrőprogram, a daganatok sokszor túlságosan későn, már gyógyíthatatlan állapotban kerülnek felfedezésre. Ez részben a daganat előrehaladott stádiumának, részben a daganattal összefüggő szarkopéria, és azzal párhuzamosan kialakuló általános állapotromlásnak köszönhető.

**Aims:** Jelen tanulmány célja a testösszetétel, a szarkopéria és a szívállapot változásai közötti összefüggés tisztázása nyelőcső tumoros betegek esetén.

**Methods:** Prospektív vizsgálatot végeztünk 42, II–III. stádiumú nyelőcsődaganatos beteg bevonásával. Az onkológiai kezelés megkezdése előtt a szív morfológiai és funkcionális állapotát kardiális MRI-vel, a tápláltsági állapotot és a testösszetételt pedig bioimpedancia-vizsgálattal (BIA) elemeztük. A szarkopéria súlyosságát CT-vel, a lumbalis 3. csigolya (L3-SMA/SMI) magasságában mért vázizomterületek nagysága alapján állapítottuk meg.

**Results:** A vázizom-csökkenés, a testösszetétel és egyes mért szívparaméterek között összefüggést tapasztaltunk. Testsúlycsökkenés ( $p=0,002$ ,  $p=0,002$ ), vázizom-tömeg ( $p=0,000009$ ,  $p=0,0004$ ), fehérjetömeg ( $p=0,000001$ ,  $p=0,0002$ ), zsírintes testtömeg-index ( $p=0,0001$ ,  $p=0,002$ ), az L3-SMA ( $p=0,00000004$ ,  $p=0,000001$ ) és az SMI ( $p=0,004$ ,  $p=0,005$ ) mind szignifikáns korrelációt mutattak a bal kamrai izomtömeggel (LV-mass ED, LV-mass ED/HT). Szignifikáns korreláció volt megfigyelhető a bal kamrai végdíasztolés térfogat (LV-EDV), a bal kamrai végszisztolés térfogat és a bal kamrai verővolumen (LV-SV), valamint a vázizom-tömeggel ( $p=0,0007$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,03$ ),

a fehérjetömeggel ( $p=0,0003$ ,  $p=0,0003$ ,  $p=0,01$ ), és az L3 SMA-val ( $p=0,004$ ,  $p=0,003$ ,  $p=0,01$ ).

**Conclusion:** Vizsgálatunk kimutatta, hogy a tumor progressziója során kialakuló szarkopéria kedvezőtlenül befolyásolta a vázizomzatot és a testösszetételt, valamint negatívan hatott a szívizom morfológiai és funkcionális paramétereire. A szív állapotának értékelése prognosztikai jelentőséggel bír, és kritikus beavatkozási pontként szolgál a későbbi kezelési döntések meghozatalához.

### 118. TRPV6 UPREGULATION BY BILE ACIDS PROMOTES TUMORGENIC PROPERTIES IN PANCREATIC CANCER

Yosef B.<sup>1</sup>, Volford B.<sup>1</sup>, Monostori T.<sup>2</sup>, Veréb Z.<sup>2</sup>, Demeter V.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>3,4,5,6</sup>, Venglovecz V.<sup>1,3,4</sup>

1. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Regenerative Medicine and Cellular Pharmacology Research Laboratory, Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 5. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Institute for Pancreatic Disorders, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** Pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) now frequently develops in the pancreatic head, resulting in bile duct obstruction and elevated systemic bile acid (BA) levels. Increasing evidence suggests that BAs actively contribute to tumor progression. Ion transporters, which regulate key oncogenic processes including proliferation, migration, and drug resistance, may represent critical mediators of BA-induced effects.

**Aims:** Investigate the impact of BAs on relevant ion transporter expression in pancreatic cancer cells and to evaluate their contribution to BA-driven malignant behavior.

**Methods:** Five pancreatic cancer cell lines (Capan-1, MiaPaCa-2, Panc-1, AsPC-1, and BxPC-3) were treated with a BA mixture (glycocholic acid, taurocholic acid, glycodeoxycholic acid, taurodeoxycholic acid, and glycochenodeoxycholic acid; total concentration 100  $\mu$ M) for 72 hours. Ion transporter mRNA expression was assessed by PCR, while protein expression was analyzed using immunocytochemistry, immunofluorescence, and Western blot. Functional effects were evaluated using proliferation and migration assays.

**Results:** Exposure to the BA cocktail for 72 hours significantly enhanced cell proliferation in all five pancreatic cell lines and increased cell migration in Capan-1, MiaPaCa-2, Panc-1, and AsPC-1. A marked upregulation of the Ca<sup>2+</sup> channel TRPV6 at both gene and protein levels was specifically observed in MiaPaCa-2, Panc-1, and BxPC-3 cells following 72-hour BA treatment. Selective inhibition of TRPV6 with 10 nM SOR-13 significantly reduced the proliferative effect induced by 100  $\mu$ M BA across all three PDAC cell lines (BxPC-3, MIA PaCa-2, PANC-1).

**Conclusion:** These findings suggest that BA-induced enhancement of proliferation and migration is likely mediated through the TRPV6 channel.

### 119. A LIZOFOSZFATIDSAV RECEPTOR 5 (LPAR5) VÉDŐ HATÁST FEJT KI EGEREKBE, A NEM-SZTEROID GYULLADÁSCSÖKKENTŐK ÁLTAL KIVÁLTOTT ENTEROPÁTIÁVAL SZEMBEN

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

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

**Introduction:** A nem-szteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerek (NSAID-ok) a leggyakrabban felírt gyógyszerek közé tartoznak. Azonban a krónikus NSAID használat gyulladást és fekélyeket okozhat a vékonybélben (enteropátia), ami a betegek akár 70%-át is érintheti. Az enteropátia nem kezelhető savszekréció-gátló gyógyszerekkel, ezért új terápiás célpontok fejlesztésére van szükség. A lizofoszfatidsav receptor 5 (LPAR5) expressziójának szintje magas a vékonybélben és az immunsejteken, ezért ezen receptor potenciális terápiás célpontként szolgálhat az enteropátia kezelésére. Az LPAR5 aktiválása szabályozza az immunsejtek toborzását, a citokinek felszabadulását és a különböző sejtkepcsoló struktúrák expresszióját, de szerepe az NSAID-ok által kiváltott enteropátia szabályozásában nem ismert.

**Aims:** Célunk az volt, hogy *Lpar5* KO egerek felhasználásával megvizsgáljuk az LPAR5 szerepét az NSAID-ok által kiváltott enteropátiában.

**Methods:** Enteropátiát indometacin (INDO, 40 mg/kg) alkalmazásával váltottunk ki vad típusú (WT) és *Lpar5* KO egerekben, az állatokat pedig 24 órával az INDO kezelést követően termináltuk. A vékonybél gyulladásának súlyosságát makroszkóposan, valamint a különböző gyulladási markerek (*Il6*, *Il10*, *Il1β*, COX-2, MPO, PTX3) és sejtkepcsoló struktúrák (Claudin-1 és Occludin) szöveti szintjének mérésével határoztuk meg. Valamint az *Lpar5* mRNS expresszióját és lokalizációját RNAscope technikával határoztuk meg.

**Results:** A 40 mg/kg INDO súlyos enteropátiát váltott ki, amely a vékonybél rövidülésével, a mért gyulladási markerek szintjének emelkedésével, valamint a sejtkepcsoló struktúrák expressziójának csökkenésével járt együtt. Továbbiakban az INDO-indukált enteropátia a *Lpar5* mRNS expressziójának csökkenésével is összefüggésbe hozható. Az *Lpar5* delécija önmagában nem okozott bélgyulladást, de a vékonybélben a sejtkepcsoló struktúrák szintjének csökkenését eredményezte, ezáltal súlyosbítva az INDO-által okozott bélgyulladást.

**Conclusion:** Kísérletünk azt mutatja, hogy az LPAR5 fontos szerepet játszik a sejtkepcsoló struktúrák expressziójának szabályozásában, és védelmet nyújt a NSAID-ok által kiváltott enteropátiával szemben. Ezáltal az LPAR5 aktiválása potenciális terápiás célpontként szolgálhat az NSAID-ok által kiváltott enteropátia kezelésére.

### 120. GENERAL ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEFORE ERCP IS STILL NOT SUPPORTED: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Zsigmond K.<sup>1,2</sup>, Balla V.<sup>1,3</sup>, Vigh M.<sup>1</sup>, Makolli A.<sup>1,4,5</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,7</sup>, Hegyi P.<sup>1,7,8,9</sup>, Gyökeres T.<sup>1,2</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Division of Gastroenterology, Central Hospital of Northern Pest - Military Hospital, Budapest, Hungary; 3. Department of Surgery, Somogy County Kaposi Mor Teaching Hospital, Kaposvár, Hungary; 4. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Center for Pharmacology and Drug Research & Development, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Department of Biostatistics, University of Veterinary Medicine, Budapest, Hungary; 7. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 8. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary.; 9. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is an invasive procedure with several adverse events, with the most important infectious complication being cholangitis. Antibiotic prophylaxis is only suggested for patients who are at high risk for infections. However, recently new evidence has emerged supporting pre-procedure antibiotics. Therefore, the literature data is inconsistent about the benefit of prophylactic antibiotics.

**Aims:** Investigating the significance of antibiotic prophylaxis before ERCP in preventing cholangitis and other infectious complications.

**Methods:** A systematic search was performed in five medical databases (Medline, Embase, Central, Scopus, Web of Science) searching for randomized controlled trials comparing antibiotic prophylaxis to no antibiotics before ERCP. Risk ratios (RR) with 95% confidence interval (CI) were calculated using random-effects model. The main outcome was cholangitis, the secondary outcomes were sepsis, bacteremia, pancreatitis, mortality and a subgroup analysis was performed for patients with biliary obstruction.

**Results:** Fourteen RCTs involving 2228 patients were included. The point estimate favored antibiotic prophylaxis towards reducing cholangitis (RR 0.60; CI 0.29-1.26), although this was not statistically significant. In the subgroup of patients with biliary obstruction, a similar effect was observed (RR 0.49; CI 0.14-1.69), but it was not statistically significant. The pooled estimates for bacteremia (RR 0.52; CI 0.26-1.06), septicemia (RR 0.56; CI 0.20-1.55), and post-ERCP pancreatitis (RR 0.73; CI 0.41-1.30) also favored prophylaxis but were not statistically significant. Mortality was low, and it did not differ significantly between the groups.

**Conclusion:** Despite the point estimates consistently favored antibiotic prophylaxis before ERCP, the reduction was not statistically significant for cholangitis and other complications. General antibiotic prophylaxis before ERCP therefore is not supported.

## SZERZŐK NÉVSORA AZ ABSZTRAKT SORSZÁM MEGJELÖLÉSÉVEL / AUTHORS

**A**

Abonyi-Tóth Z. 68  
 Ambrus I. 46  
 Andrási P. 112  
 Angyal D. 1<sup>\*</sup>  
 Annaházi A. 2<sup>\*</sup>  
 Antal-Szalmás P. 110, 111  
 Ayaydin F. 12

**B**

Bacs kainé Beluzsár A. 3<sup>\*</sup>  
 Bacsur P. 2, 4<sup>\*</sup>, 10, 23, 24, 25, 31,  
 32, 37, 47, 50, 51, 52, 74, 75, 76,  
 90, 91, 96, 99, 102  
 Bagherizadeh M. 58  
 Bajcsi D. 2  
 Bajor J. 103  
 Bakné Drubi A. 5<sup>\*</sup>  
 Bakucz T. 112  
 Balázs Á. 117  
 Bálint A. 10, 23, 24, 74, 75, 76,  
 102  
 Bálint E. 29  
 Balla V. 120  
 Balogh E. 78  
 Balogh F. 1  
 Bánhidi C. 62  
 Bank V. 6<sup>\*</sup>  
 Bányainé Bodonyi K. 78  
 Barkai L. 101  
 Barta B. 12  
 Bátyi A. 77  
 Béla fi D. 73, 89  
 Bennemann S. 117, 92  
 Bényi B. 98  
 Beyaty S. 55  
 Binnye iné Sallai E. 7<sup>\*</sup>  
 Birinyi P. 33  
 Birtalan K. 48, 8<sup>\*</sup>  
 Bokor B. 9<sup>\*</sup>  
 Bokor E. 4  
 Bor R. 10, 23, 24, 63, 74, 75, 76,  
 102,  
 Borbás A. 46  
 Boros H. 69, 88  
 Bősze Z. 10<sup>\*</sup>, 23, 24, 47, 63, 74,  
 75, 76, 99, 102  
 Brand T. 41  
 Brubel R. 98  
 Bujáki Z. 36

**C**

Cardaillac C. 2  
 Crai S. 11<sup>\*</sup>  
 Csaba R. 27  
 Csákány-Papp N. 12<sup>\*</sup>, 42, 84  
 Cserhádi L. 38  
 Cseszkó N. 14, 15  
 Csókay B. 59  
 Csongrády B. 20, 61  
 Czakó B. 13<sup>\*</sup>, 83  
 Czakó L. 6, 13, 34, 83, 105, 109,  
 Czegle I. 33  
 Czikk T. 14<sup>\*</sup>, 15<sup>\*</sup>

**D**

Dágó Á. 56  
 Dávid A. 46  
 Demeter D. 17<sup>\*</sup>, 35, 58  
 Demeter V. 118  
 Demeter Z. 16<sup>\*</sup>, 119  
 Déri M. 51  
 Devarajulu M. 29  
 Dezsényi B. 65  
 Dinya E. 19  
 Dobra M. 109  
 Dobszai D. 80  
 Döngölő L. 33  
 Doszpoly A. 69, 88  
 Dr Gyök eres T. 18  
 Dr Németh N. 18<sup>\*</sup>  
 Dr Orbán-Szilágyi Á. 18  
 Dr Szamosi T. 18  
 Dr Virág A. 18  
 Dr Zsigmond K. 18  
 Drácz B. 19<sup>\*</sup>, 20, 61, 101  
 Drobni Z. 117

**E**

Egresi A. 20<sup>\*</sup>, 19, 61  
 Egyedné Bihari M. 71, 72, 94, 107,  
 108

**É**

Élthes Z. 21<sup>\*</sup>, 22<sup>\*</sup>, 47,

**E**

Endre G. 4  
 Engh M. 27  
 Eörsi D. 81  
 Erdélyi T. 11  
 Erdős A. 21, 22  
 Eröss B. 30, 41, 58, 68, 80, 106,

**F**

Fábián A. 4, 10, 15, 23<sup>\*</sup>, 24<sup>\*</sup>, 47,  
 63, 74, 75, 76, 99, 102  
 Faluhelyi N. 80  
 Farkas Á. 65  
 Farkas A. 12  
 Farkas B. 4, 10, 23, 24, 25<sup>\*</sup>, 31,  
 32, 37, 47, 50, 74, 75, 76, 90, 91,  
 99, 102  
 Farkas K. 4, 10, 15, 23, 24, 25, 31,  
 32, 37, 47, 50, 51, 52, 74, 75, 76,  
 90, 91, 96, 99, 102  
 Farkas N. 68, 80, 103  
 Farkas T. 26<sup>\*</sup>  
 Fehér T. 27<sup>\*</sup>, 69, 88  
 Fenyves B. 59  
 Finta Á. 28<sup>\*</sup>, 73, 89, 114  
 Földesi I. 50  
 Folhoffer A. 62  
 Friderika F. 29<sup>\*</sup>  
 Frieling T. 2  
 Fürst E. 17, 35, 30<sup>\*</sup>

**G**

Gajdán L. 68, 80  
 Gálfalvi N. 31<sup>\*</sup>, 32<sup>\*</sup>, 37, 4, 90, 91

Garam N. 1  
 Gede N. 80  
 Gellért B. 115, 116  
 Gellért Gedeon D. 29  
 Gelley A. 33<sup>\*</sup>  
 Gémes N. 96  
 Gieszinger G. 6, 13, 34<sup>\*</sup>, 83, 105,  
 109  
 Göbl J. 28, 73, 89, 114  
 Golovics P. 17, 35<sup>\*</sup>  
 Gönczi L. 1, 45, 47  
 Goretity Á. 4  
 Görög M. 42  
 Groma G. 57  
 Gungl T. 38  
 Gurzó Z. 11, 78  
 Gyires K. 16, 119  
 Gyök eres T. 26, 97, 112, 120

**H**

Haghighi A. 16, 119  
 Hagymási K. 19, 20, 59, 61, 65  
 Hahn O. 65  
 Hajnád y Z. 95, 100  
 Halász A. 36<sup>\*</sup>  
 Halász J. 48, 62  
 Halász R. 15, 32, 37<sup>\*</sup>  
 Hallgas B. 96  
 Hamvas J. 38<sup>\*</sup>, 77  
 Hanisch L. 110  
 Hardy V. 33  
 Harisi R. 39<sup>\*</sup>, 7  
 Havelda L. 40  
 Hegyi J. 30  
 Hegyi P. 9, 17, 27, 30, 35, 40, 41,  
 58, 66, 67, 68, 69, 84, 88, 95, 80,  
 100, 106, 118, 120  
 Helle K. 14, 15  
 Herczeg A. 92, 117  
 Holczer M. 103  
 Horváth D. 41<sup>\*</sup>  
 Horváth I. 11  
 Horváth L. 30, 40<sup>\*</sup>  
 Horváth M. 43<sup>\*</sup>, 44<sup>\*</sup>, 59, 115, 116  
 Horváth Z. 42<sup>\*</sup>  
 Hritz I. 43, 44, 59, 79, 92, 115, 116  
 Hruby E. 98

**I**

Iliás Á. 1, 45<sup>\*</sup>, 47, 101  
 Illés D. 13, 34, 6, 83, 105, 109  
 Imecz J. 59  
 Incze fi O. 2, 14, 15, 46<sup>\*</sup>  
 Ivány E. 4, 10, 15, 23, 24, 25, 31,  
 32, 37, 47<sup>\*</sup>, 50, 52, 74, 75, 76, 99,  
 102  
 Iványi-Bajkó K. 81  
 Izbéki F. 36, 68, 80  
 Izer J. 48<sup>\*</sup>, 55

**J**

Jakabfi-Csepregi R. 103  
 Jándi-Kovács K. 49<sup>\*</sup>  
 Janka T. 53  
 Járay B. 39

Jeney A. 39  
 Jójárt B. 50\*, 51\*, 52, 84, 96  
 Juhász L. 12

**K**

Kádár T. 78  
 Kagan F. 51, 57  
 Kajári L. 50, 52\*, 96  
 Kalmár Z. 46  
 Káplár B. 53\*  
 Kaposi N. 20  
 Kaposi Novák P. 61  
 Karácsony M. 20, 61, 19  
 Kardosné Bajcsi K. 114  
 Kárpáti É. 96  
 Kata D. 50  
 Katona M. 28, 73, 89, 114  
 Kemény Á. 96  
 Kéri N. 33  
 Kertész B. 69, 88  
 Keszler É. 54\*  
 Kis I. 55\*  
 Kiss A. 12, 42, 57\*  
 Kiss E. 36  
 Kiss L. 56\*  
 Kocsmár É. 117  
 Kói T. 58  
 Kókai-Wolgard A. 37  
 Kollányi G. 58\*  
 Komka K. 33  
 Koósz V. 4  
 Kormányos E. 34, 6, 105  
 Körmendi F. 46  
 Kormos V. 56  
 Kósa J. 1  
 Koszta G. 66  
 Kovács B. 59\*, 96  
 Kovács N. 97  
 Kovácsné Kecze Á. 60\*  
 Kővágó K. 19  
 Kozma B. 19, 20, 61\*  
 Kozma M. 59  
 Krolopp A. 62\*  
 Kui B. 10, 63\*, 76, 102

**L**

Lakatos P. 1  
 Lalák K. 59  
 Lázár B. 41, 64\*, 115, 116,  
 Lázár G. 57  
 Leiszter K. 65\*  
 Lemes K. 103  
 Lénárt Á. 21, 22  
 Lengyel L. 16, 119  
 Li M. 66\*  
 Lillik V. 67\*  
 Lipp M. 68\*, 80  
 Lippai J. 69\*, 88  
 Lombay B. 70\*  
 Lontai L. 1  
 Lőrinczi C. 71\*, 72\*, 94, 107, 108  
 Lőrinczy K. 98  
 Luksch H. 2

**M**

Madácsy L. 28, 73\*, 89, 114  
 Madácsy T. 12, 42  
 Magyar D. 10, 23, 24, 47, 63, 74\*,

75\*, 76\*, 102,  
 Makolli A. 58, 120  
 Maléth J. 12, 42, 50, 51, 52, 57,  
 84, 96  
 Mályi K. 77\*  
 Mándity L. 50  
 Márkus-Gaál A. 78  
 Márkus-Hegyesi K. 78\*  
 Marosi K. 67  
 Maróti Z. 73, 89, 114  
 Márta K. 68  
 Martyin T. 104  
 Máth B. 103, 79\*  
 Menyhárt O. 45  
 Michel K. 2  
 Miheller P. 45, 59, 65, 79, 92, 101  
 Mikó A. 68, 80\*, 106  
 Milassin Á. 81\*  
 Mogyorósiné Medgyesi E. 82\*  
 Mohácsi G. 13, 83\*  
 Mohai C. 8  
 Molnár R. 70  
 Molnár T. 4, 10, 15, 23, 24, 25, 31,  
 32, 37, 42, 47, 50, 51, 52, 74, 75,  
 76, 84\*, 90, 91, 96, 99, 102  
 Monostori T. 118  
 Monostory K. 51, 96  
 Morár A. 59  
 Móré-Paskó K. 85\*  
 Mózes R. 98  
 Müllner K. 59, 101

**N**

Nagy E. 33  
 Nagy I. 86\*  
 Nagy K. 70  
 Nagy N. 100  
 Nagy R. 27, 67  
 Nagy S. 114  
 Naschauer K. 87\*  
 Németh B. 9, 28, 73, 89\*, 114  
 Németh D. 62  
 Németh Z. 69, 88\*  
 Neunlist M. 2  
 Novák J. 11  
 Novák P. 73, 89  
 Nyári G. 70

**O**

Obeidat M. 27, 58, 67, 120  
 Ollé G. 14, 15, 46

**Ö**

Öreg M. 56

**O**

Orján E. 56

**P**

Palatka K. 21, 22, 47, 53  
 Pálincás D. 26, 98  
 Pallagi P. 12, 42, 50, 57, 84, 96  
 Pályu E. 21, 22  
 Pap V. 103  
 Pápista M. 25, 31, 32, 37, 4, 90\*,  
 91\*  
 Papp M. 21, 22, 110, 111  
 Papp R. 27

Papp V. 59, 79, 87, 92\*  
 Pappné Szerdahelyi E. 93\*  
 Pártos G. 94\*  
 Patai Á. 59, 9  
 Pekli D. 44  
 Peresztegi M. 103  
 Péter H. 29  
 Péter S. 29  
 Péter Z. 59, 115, 116  
 Péter Jenő H. 29  
 Petrovai Z. 70  
 Pintér E. 56  
 Pintér T. 96  
 Poczik S. 11  
 Pusztai Á. 98

**R**

Rajci I. 95\*  
 Rakonczay Jr. Z. 56  
 Reich V. 36  
 Resál T. 4, 25, 31, 32, 47, 50, 51,  
 90, 91, 96\*, 97\*  
 Reszkető R. 95  
 Réthy L. 27  
 Róka R. 14, 15, 2, 46  
 Rónaszéki A. 20, 61  
 Rosztóczy A. 14, 15, 46  
 Rusznyák K. 98\*  
 Rutka M. 10, 15, 23, 24, 31, 32,  
 37, 47, 74, 75, 76, 99\*, 102

**S**

Sahin P. 41, 30  
 Sajid K. 29  
 Salamah O. 56  
 Sallai E. 39  
 Sándor B. 56  
 Sárlos P. 47, 80  
 Schemann M. 2  
 Schuller J. 55, 8  
 Sike R. 113  
 Sipka G. 6  
 Soós B. 100\*  
 Sovány I. 113  
 Steinhardt J. 119, 16  
 Sümegi L. 101\*  
 Sürgősségi Endoszkópos Csapat ..  
 59  
 Susánszki P. 42  
 Sütő G. 71, 72, 94, 107, 108  
 Szabó A. 110  
 Szabó L. 70  
 Szabó V. 50, 51, 52, 84  
 Szalai E. 106  
 Szalai M. 28, 73, 89, 114  
 Szalay F. 62  
 Szalay M. 46  
 Szamosi T. 26, 97  
 Szántó F. 10, 15, 23, 24, 63, 74,  
 75, 76, 102\*  
 Szebeni G. 96  
 Szedenik J. 113  
 Szegedi É. 94, 107, 108  
 Székács E. 65  
 Székely G. 113  
 Székely H. 59  
 Szeli D. 33  
 Szentes B. 27

Szentesi A. 27, 67, 68, 69, 80, 88  
 Szepes Z. 4, 10, 15, 23, 24, 34, 47,  
 63, 74, 75, 76, 99, 102  
 Szijártó A. 19, 20, 39, 43, 44, 59,  
 61, 65, 79, 92, 115, 116, 117,  
 Sziklási T. 73, 89  
 Szikra B. 46  
 Szirmay B. 103\*  
 Szmola R. 71, 72, 94, 107, 108,  
 Szombath R. 73, 89  
 Szőnyi M. 113  
 Szűcs A. 104\*  
 Szűcs M. 23, 46

**T**

Tajti M. 13, 34, 6, 83, 105\*, 109,  
 Takács E. 33, 48, 55  
 Taller A. 48, 55, 8  
 Tarján D. 17, 35, 80, 106\*  
 Tárkányi I. 62  
 Tarpay Á. 107\*  
 Tarpay A. 108\*  
 Tarpay Á. 71, 72, 94  
 Técsi E. 11  
 Tél B. 12  
 Terzin V. 109\*, 34, 6, 83, 105  
 Teutsch B. 27  
 Theodorou V. 2  
 Thibodeau I. 4  
 Tomolák L. 38  
 Tömösi F. 4  
 Töreki D. 94  
 Tornai D. 110\*, 111\*  
 Tornai I. 110, 111  
 Tornai T. 110, 111  
 Tóth B. 100  
 Tóth E. 4  
 Tóth É. 15, 46  
 Tóth K. 112\*  
 Tóth L. 94  
 Tóth Z. 113\*  
 Tupcsia F. 73, 89, 114\*  
 Túri F. 19

**U**

Ungváry B. 45

**V**

Vadászi K. 14, 15  
 Vágvölgyi A. 46  
 Váncsa S. 9, 27, 30, 58  
 Varga Á. 57, 97  
 Varga C. 59  
 Varga F. 115\*, 116\*  
 Varga M. 104  
 Varsányi M. 98  
 Vasas B. 10, 23, 24, 74, 75, 76,  
 102  
 Vass T. 79, 87, 92, 117\*  
 Vass V. 68, 80  
 Vén P. 111  
 Venglovecz V. 66, 118  
 Veréb Z. 118  
 Vereczkei Z. 103  
 Vigh M. 120  
 Viktória T. 13  
 Vilandné Horányi A. 107, 108

Vilmos F. 59  
 Vincze Á. 80  
 Virág A. 26  
 Volford B. 66, 118

**W**

Wachtl G. 16, 119  
 Werling K. 19, 20, 61

**Y**

Yosef B. 66, 118\*

**Z**

Zádori J. 46  
 Zádori Z. 16, 119  
 Zsargó E. 8  
 Zsidai A. 119\*, 16  
 Zsigmond F. 97, 112  
 Zsigmond K. 120\*  
 Zsilák-Urbán M. 99

<b>MGT TudBiz PROGRAMBIZOTTSÁG</b>		
Elnök	Molnár Tamás	Szeged
Titkár	Lóczy Tamara	Szeged
<b>MGT ELNÖKSÉG</b>	Palatka Károly	Debrecen
	Gyökeres Tibor	Budapest
	Szepes Zoltán	Szeged
	Czakó László	Szeged
	Bajor Judit	Pécs
<b>MUNKACSOPORTOK</b>		
<b>UGT (Felső GI traktus)</b>	Czimmer József	Pécs
	Varga Márta	Békéscsaba
	Rosztóczy András	Szeged
<b>HEB (Hepatobiliaris)</b>	Czakó László	Szeged
	Gyökeres Tibor	Budapest
	Szmola Richárd	Budapest
<b>LGT (Alsó GI traktus)</b>	Miheller Pál	Budapest
	Gurzó Zoltán	Gyula
	Szepes Zoltán	Szeged
<b>BS (Alap kutatás, transzláció)</b>	Maléth József	Szeged
	Németh Balázs	Szeged
	Sarlós Patrícia	Pécs
<b>MB (Májbetegségek)</b>	Pár Gabriella	Pécs
	Papp Mária	Debrecen
	Hagymási Krisztina	Budapest
<b>PG (Posztgraduális)</b>	Fábián Anna	Szeged
	Illés Dóra	Szeged
	Hritz István	Budapest
<b>SZD (Szakdolgozók)</b>	Beluzsár Adrienn	Miskolc
	Huszka László	Szeged
	Langhammer Szilvia	Pécs
<b>ASZP (Aktuális szakmapolitikai kérdések)</b>	Szamosi Tamás	Budapest
	Vincze Áron	Pécs
	Palatka Károly	Debrecen
<b>MD (Multidiszciplináris)</b>	Paszt Attila	Szeged
	Tárnok András	Pécs
	Szekanecz Zoltán	Debrecen

**KIÁLLÍTÓK, HIRDETŐK, TÁMOGATÓK**  
**EXHIBITORS, ADVERTISERS, SPONSORS**

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság köszönetet mond mindazoknak a cégeknek, amelyek a 68. Nagygyűlésen kiállítással, hirdetéssel, szimpóziummal vettek részt.

**ABBVIE Kft.**

Budapest

**ALFASIGMA Hungary Kft.**

Budapest

**ALTONA DIAGNOSTICS GmbH.**

Hamburg, Germany

**ANAMED Kft.**

Budapest

**ASIX DISTRIBUTION Kft**

Budapest

**ASTRAZENECA Kft.**

Budapest

**Bayer Hungary Kft.**

Budapest

**BIOGAIA DISTRIBUTION Hungary Kft.**

Budapest

**BOSTON SCIENTIFIC International Bv**

Bucharest, Romania

**CELLTRION HEALTHCARE Hungary**

Budapest

**COMMUNICATION CONCEPT Kft.**

Budapest

**CLINEXPERT Kft.**

Budapest

**EGIS Gyógyszergyár Zrt.**

Budapest

**ELEKTRO-OXIGÉN Kft.**

Budapest

**ENDO PLUS SERVICE Kft.**

Budapest

**ENDOROBOTICS Kft.**

Székesfehérvár

**EWOPHARMA Hungary Kft.**

Budapest

**FERRING MAGYARORSZÁG Kft.**

Budapest

**FRESENIUS KABI HUNGARY Kft.**

Budapest

**GOODWILL PHARMA Kft.**

Szeged

**HD-CORD Kft.**

Budapest

**HUN-MED Kft.**

Törökbálint

**IPSEN Pharma Hungary Kft.**

Budapest

**IZOTÓP INTÉZET Kft.**

Budapest

**JOHNSON & JOHNSON Kft.**

Budapest

**LILLY HUNGÁRIA Kft.**

Budapest

**MEDICINA KÖNYVKIADÓ Zrt.**

Budapest

**MEDIPIXEL Kft.**

Budapest

**MEDIREX Zrt.**

Budapest

**MEDNETWORK Kft.**

Budapest

**MEDTRONIC / ALLEGRO**

Budapest

**MICROMEDICAL Kft.**

Budapest

**NOVO NORDISK Hungária Kft.**

Budapest

**OPELLA Healthcare Commercial Kft.**

Budapest

**ORMA 2000 Kft.**

Szeged

**PHYTOTEC Hungária Bt.**

Budapest

**PROGASTRO Kft.**

Budapest

**SANDOZ HUNGARY Kft.**

Budapest

**SMITHMANN Hungary Kft.**

Budapest

**STADA Hungary Kft.**

Budapest

**STEELCO Hungary Kft.**

Budapest

**STRATHMANN GmbH&CO KG**

Budapest

**SUPREMEX Kft.**

Budapest

**TAKEDA PHARMA Kft.**

Budapest

**VITAMINKOSÁR Kft.**

Budapest

**HIRDETÉSEK A MEGJELENÉS SORRENDJÉBEN**  
*ADVERTISEMENTS OF THIS ISSUE*

CÉG	HIRDETÉS	OLDAL
Novo Nordisk Hungária Kft.	Wegovy	BII
Izotóp Intézet Kft.	Heliprobe Kilégzési teszt	BIII
Supremex Kft.	Prucalopride	BIV

**JEGYZET / NOTES**

# 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)



# Prucalopride SUPREMEX

## KRÓNIKUS SZÉKREKEDÉS

Hogy spontán  
történjenek  
a dolgok



Anyag kódja: SX\_Pruc\_2026\_4 • Lezárás dátuma: 2026.04.28.

### AGA – ACG:

**Krónikus idiopátiás székrekedés**

**prucalopride**

**erős ajánlás<sup>1</sup>**

### ESNM:

**Funkcionális székrekedés**

**prucalopride**

**erős ajánlás<sup>2</sup>**

### 2022 Seoul Consensus:

**Funkcionális székrekedés**

**prucalopride**

**erős ajánlás<sup>3</sup>**



#### Felhasznált irodalom:

<sup>1</sup> American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation -2023 • <sup>2</sup> European Society of Neurogastroenterology and Motility Guidelines on functional constipation in adults -2019 • <sup>3</sup> 2022 Seoul Consensus on Clinical Practice Guidelines for Functional Constipation

**Prucalopride Supremex 2 mg filmtabletta** • (OGYI-T-23964/02), 2 mg prucalopridot tartalmaz filmtablettánként szukcinát formájában • **Orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V)** • Érvényben lévő alkalmazási előírás dátuma: 2021. november 10. • Alkalmazás előtt kérjük, bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előíratát, amely az alábbi weboldalról tölthető le: [https://ogyei.gov.hu/kiseroirat/ah/ah\\_0000198298\\_20211117172318.doc](https://ogyei.gov.hu/kiseroirat/ah/ah_0000198298_20211117172318.doc) • Forgalomba hozatali engedély jogosultja: Supremex Kft. 2096 Üröm, Kormorán u. 15.



**Supremex**