

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG 50. NAGYGYŰLÉSE

2024. november 14–16.

Thermal Hotel Visegrád

„Belgyógyászat újdonságai szakértőktől a gyógyítóknak”
2024-ben „Immunfolyamatok a belszervi betegségekben”

PROGRAM

2024. 11. 14. csütörtök

ZAFÍR 3 TEREM

9.00–11.00 **ESETBEMUTATÁSOK A BELGYÓGYÁSZAT MINDEN ÁGÁBÓL**
A magyarországi verseny első része fiatal belgyógyászoknak és rezidenseknek.
A legjobbak Magyarországot képviselhetik a Krakkóban tartandó nemzetközi döntőben.

E-posztterek (elektronikus posztterek) bemutatása

GASZTROENTEROLÓGIA

Moderátorok: Szalay Ferenc, Budapest,
Hersényi László, Budapest
Taller András, Budapest
Vince Áron, Pécs

REFRAKTER COELIAKIA. ESETISMERTETÉS

Birtalan K.¹, Csikós D.¹, Izer J.¹, Takács E.¹, Taller A.¹
¹II. Belgyógyászati Osztály, Budapesti Uzsoki utcai Kórház, Budapest

MENNYI BÉL IS MARADT? – ÉLETMENTŐ ÁTMENETI OTTHONI PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁS

Gieszinger G.¹, Zsilák-Urbán M.¹, Lada S.¹, Illés D.¹, Tajti M.¹, Czakó L.¹
¹Szegedi Tudományegyetem, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum, Szeged

AKUT OBSTRUKTÍV PURULENS HASNYÁLMIRIGY DUCTITIS (AOSPD)

Horvát G.¹
¹Gyöngyösi Bugát Pál Kórház, Gasztroenterológia, Gyöngyös

EGY HEMODIALIZÁLT, COLITIS ULCEROSÁBAN SZENVEDŐ BETEG INFLIXIMABKEZELÉSE

Angyal D.¹, Balogh F.¹, Gönczi L.¹, Lontai L.¹, Lakatos P.², Iliás Á.¹
¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest
²McGill University Health Center, Montreal General Hospital, Kanada

GASTROPARESIS MINT THYOMÁHOZ KAPCSOLÓDÓ PARANEOPLASTICUS SZINDRÓMA

Turgonyi Z.¹, Szabó B.², Radeczky P.³, Rényi-Vámos F.³, Taller A.¹
¹Budapesti Uzsoki Utcai Kórház, II. Belgyógyászati Osztály
²Budapesti Uzsoki Utcai Kórház, Neurológiai Osztály
³Országos Onkológiai Intézet, Mellkasi Központ, Budapest

ÉTKEZÉSKOR JELENTKEZŐ EPIGASZTRIÁLIS FÁJDALOM: EPS? PDS?

Helle K.¹, Rosztóczy A.¹

¹*SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum, Szeged*

EGYSÉGBEN AZ ERŐ – BIOLÓGIAI TERÁPIA ÉS ENDOSZKÓPIA A CROHN-BETEGSÉG ELLÁTÁSÁBAN

Magyar D.¹, Bor R.¹, Bősze Z.¹, Fábán A.¹, Kui B.¹, Szántó F.¹, Szepes Z.¹

¹*SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum, Szeged*

TÖBB SZEM TÖBBET LÁT

Szántó F.¹, Halász R.¹, Bősze Z.¹, Magyar D.¹, Kui B.¹, Fábán A.¹, Bor R.¹, Szepes Z.¹

¹*SZTE Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum*

EGY RITKA KÓR DIAGNOSZTIKAI NEHÉZSÉGE – ESETISMERTETÉS

Netye Z.¹, Crai S.¹, Zsóri G.¹, Ilyés S.¹, Rácz B.¹, Bordás L.¹, Szalai L.¹, Gurzó Z.², Novák J.¹

¹*Békés Vármegyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórháza,*

III. sz. Belgyógyászati osztály- Gasztroenterológia, Gyula

²*Békés Vármegyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórháza, Endoscopos Labor, Gyula*

VEGYES ELŐADÁSOK

Moderátorok: Tóth Miklós, Budapest

Karádi István, Budapest

Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

ESETBEMUTATÁS: INFLAMMATORIKUS PSEUDOTUMORT OKOZÓ IDEGEN TEST MINT SARCOMA DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKA

Morár A.¹, Egresi A.¹, Hagymási K.¹, Werling K.¹, Benkő T.², Pekli D.², Korda D.³, Meltzer A.²,

Bárdos D.², Halász J.⁴, Mühl D.⁵, Dezsényi B.², Hahn O.², Szijártó A.²

¹*Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika,
Gasztroenterológia Tanszék*

²*Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika*

⁴*Semmelweis Egyetem Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostan*

⁵*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Onkológiai profil*

NEM INZULINOMÁS PANKREATOGÉN HYPOGLYKAEMIA SZINDRÓMA

Szolga B.¹, Zaltnai A.², Szabó A.³, Lázár I.⁴, Bezsilla J.⁵, Tőke J.¹, Tóth M.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika*

²*Semmelweis Egyetem, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet*

³*Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyei Központi Kórház, II. sz. Belgyógyászati Osztály*

⁴*Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyei Központi Kórház, Intervenció Radiológiai Osztály*

⁵*Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyei Központi Kórház, Sebészeti Osztály*

HYPOGLYKAEMIA- ÉS ARRHYTHMIAKOCKÁZAT

Békeffy M.¹, Körei A.¹, Domján B.¹, Horváth V.¹, Kempler P.¹, Tabák Á.¹, Tabák Á.², Tabák Á.³

¹*Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

²*Semmelweis Egyetem, Népegészségtani Intézet, Budapest*

³*UCL Brain Sciences, University College London, London, Egyesült Királyság*

„A RITMUSZAVARON TÚL...” – PAROXYSMALIS SUPRAVENTRICULARIS TACHYCARDIA ÉS PULMONALIS EMBOLIA

Koreny V.¹, Papp V.²

¹*Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Belgyógyászati osztály, Hatvan*

²*Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Belgyógyászati osztály, Hatvan*

SEPTICUS GONITIS A BELGYÓGYÁSZATI OSZTÁLYON – EGY MSSA BACTERAEEMIA ESETE

Leel-Össy T.¹, Békeffy M.¹, Szili B.¹, Mészáros S.¹, Horváth C.¹

¹*Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

HYPERCALCAEMIA A KLINIKAI GYAKORLATBAN

Papp V.¹, Mogyorósi K.², Stefán Á.³

¹*Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Belgyógyászati osztály, Hatvan*

²*Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Belgyógyászati osztály, Hatvan*

³*Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Radiológiai Osztály, Hatvan*

A TNF-ALFA-GÁTLÓK JANUS-ARCA

Vadász K.¹, Czirok S.¹, Kardos M.², Szász M.¹

¹*Budapesti Szent Margit Kórház*

²*Semmelweis Egyetem, Budapest*

FALATELAKADÁS ÉS EOSINOPHIL OESOPHAGITIS

Tari N.¹, Patai Á.²

¹*Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

²*Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

RECIDÍV PLEURALIS FOLYADÉKGYÜLEM EGY FIATAL FÉRFIBETEG ESETÉBEN

Nagy Á.¹, Kempler M.¹

¹*Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

SZÚNYOGCSÍPÉS OKOZTA ELEKTROLITZAVAR?

Dömötör A.¹, Dunás-Varga V.¹, Princz D.², Sándor B.³, Gajdán L.¹, Müller Z.³, Izbéki F.¹

¹*Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktatókórház, I. Belgyógyászati Osztály, Budapest*

²*Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktatókórház, Neurológiai Osztály, Budapest*

³*Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktatókórház, Infektológiai Osztály, Budapest*

HYPERTHYREOSIS HÁTTÉRÉBEN IGAZOLT PLURIHORMONÁLIS

HYPOPHYSISADENOMA

Kurucz P.¹, Vajda Z.², Várallyay P.³, Sipos L.³, Szücs N.¹

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika*

²*Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet*

³*Semmelweis Egyetem Idegsebészeti és Neurointervenció Klinika*

PRIMER BILATERALIS MACRONODULARIS MELLÉKVESE-HYPERPLASIA

Perge P.¹, Mezei P.², József I.², Kiss E.², Huszty G.³, Kovács K.⁴, Tőke J.¹, Tóth M.¹

¹*Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

²*Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár*

³*Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

⁴*Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest*

A JÉGHEGY CSÚCSA

Komlódi N.¹, Sosity H.¹, Takács R.¹

¹*Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet; I. Belgyógyászati-Gasztroenterológia*

KÖSZVÉNY NORMÁL HÚGYSAVSZINT MELLETT: A LUBRICIN SZEREPE

Turai P.¹, Németh T.¹, Demeter J.¹, Istenes I.¹, Patócs A.², Bozsik A.²

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

²*Országos Onkológiai Intézet, Budapest*

E-posztterek (elektronikus posztterek) bemutatása**08.00–09.05 INFÉKTOLÓGIA, NEFROLÓGIA, MOLEKULÁRIS BIOLÓGIA**

Moderátor: Molnár Béla, Budapest
Varga Márta, Békéscsaba

TNF-ALFA INHIBITOROK MELLÉKHATÁSAI – GYÓGYSZER INDUKÁLTA LUPUS SZINDRÓMA

Horváth E.¹, Tremmel A.¹, Domján G.¹

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Terápiás Aferezis Részleg*

NEPHROSIS SZINDRÓMA IMMUNOLÓGIÁJA

Markóth C.¹

¹*Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet A épület, Nephrológiai Tanszék*

SÚLYOS CYTOMEGALOVÍRUS REAKTIVÁCIÓ PAUCI-IMMUN GLOMERULONEPHRITIS KEZELÉSE SORÁN – ESETISMERTETÉS

Juha M.¹, Dobi D.², Schnabel K.¹, Pethő Á.¹, Studinger P.¹, Kevei P.³, Tislér A.¹, Ledó N.¹

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika*

²*Semmelweis Egyetem Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet*

³*Nemzeti Dialízis Központ, Budapest*

TUMORHETEROGENITÁS VIZSGÁLATA LÉZER MIKRODISSZEKTÁLT VASTAGBÉLTUMOROS EGYEDI SEJTMINTÁKON

Szakállas N.¹, Kalmár A.², Barták B.², Nagy Z.², Rada K.², Linkner T.², Bányai F.², Farkas E.², Valcz G.³, Takács I.², Molnár B.²

¹*Biológiai Fizika Tanszék, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest*

²*Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

³*HUN-REN-SE Transzlációs Extracelluláris Vezikula Kutatócsoport, Budapest*

NUKLEOTID SZUPPLEMENTÁCIÓ ÉS DEPLÉCIÓ VASTAGBÉLRÁK SEJTVONALRA GYAKOROLT HATÁSA

Nagy Z.¹, Felletár I.¹, Linkner T.¹, Szakállas N.², Molnár B.¹, Takács I.¹

¹*Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

²*Biológiai Fizika Tanszék, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest*

BIOLÓGIAI KOR VIZSGÁLATA METILÁCIÓS ÓRÁK ALKALMAZÁSÁVAL

Holczbauer A.¹, Bányai F.¹, Farkas E.^v, Barták B.¹, Pipek O.², Csabai I.², Takács I.¹, Molnár B.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

²*Eötvös Loránd Tudományegyetem, Komplex Rendszerek Fizikája Tanszék, Budapest*

HYPERHOMOCYSTEINAEMIÁBAN SZENVEDŐ BETEGEK GENETIKAI ÉS EPIGENETIKAI VIZSGÁLATA FOLSAVPÓTLÁST KÖVETŐEN

Barták B.¹, Szakállas N.², Nagy Z.¹, Farkas E.¹, Bányai F.¹, Holczbauer A.¹, Valcz G.³, Pipek O.⁴, Csabai I.⁴, Takács I.¹, Molnár B.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

²*Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizika Tanszék, Budapest*

³*HUN-REN-SE Transzlációs Extracelluláris Vezikula Kutatócsoport, Budapest*

⁴*Eötvös Loránd Tudományegyetem, Komplex Rendszerek Fizikája Tanszék, Budapest*

A FOLSAVSZINT HATÁSA A DNS-FRAGMENTÁCIÓRA ÉS A METILÁCIÓS MINTÁZATRA

Farkas E.¹, Bányai F.¹, Nagy Z.¹, Barták B.¹, Szakállas N.², Valcz G.³, Takács I.¹, Molnár B.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

²*Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizikai Tanszék, Budapest*

³*HUN-REN-SE, Transzlációs Extracelluláris Vezikula Kutatócsoport, Budapest*

ÁRAMLÁSI CITOMETRIA ALKALMAZÁSA A TUMORSEJT MEZENCHIMÁLIS ÉS EMBRIONÁLIS TULAJDONSÁGAINAK KARAKTERIZÁLÁSÁRA

Linkner T.¹, Nagy Z.¹, Szakállas N.², Farkas E.¹, Bányai F.¹, Takács I.¹, Molnár B.¹

¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Biológiai Fizika Tanszék, Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Budapest

EPIGENETIKAI VÁLTOZÁSOK MONITOROZÁSA FOLSAVPÓTLÁS UTÁN

Bányai F.¹, Farkas E.¹, Nagy Z.¹, Barták B.¹, Szakállas N.², Valcz G.³, Takács I.¹, Molnár B.¹

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizikai Tanszék, Budapest

³HUN-REN-SE Transzlációs Extracelluláris Vezikula Kutatócsoport, Budapest

A MAGYAR COLORECTALIS DAGANATOK METILÁCIÓS JELLEMZÉSE TELJES GENOMSZEKVENÁLÁS SEGÍTSÉGÉVEL

Rada K.¹, Szakállas N.², Barták B.¹, Kalmár A.¹, Takács I.¹, Molnár B.¹

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

²ELTE Természettudományi Kar, Biológiai Fizika Tanszék

A KAPSZULA ENDOSZKÓPIA JELENTŐSÉGE A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN

Aszalós S.¹, Varga M.¹

¹Békés Vármegyei Központi Kórház Dr. Réthy Pál Tagkórház, Belgyógyászati Mátix-Gasztroenterológia, Békéscsaba

HEPATOMEGALIA RITKA OKAI

Lupas D.¹, Veres A.², Varga M.¹

¹Békés Megyei Központi Kórház, dr Réthy Pál Tagkórház Belgyógyászati Mátix-Gasztroenterológia, Békéscsaba

²Békés Megyei Központi Kórház, dr Réthy Pál Tagkórház Endokrinológia, Békéscsaba

ZAFÍR 3 TEREM

11.00	ELNÖKI MEGNYITÓ A BELGYÓGYÁSZAT MÚLTJA ÉS JÖVŐJE KORÁNYI SÁNDORTÓL AZ AI-IG Előadó: Takács István, Budapest
11.30	A XXI. SZÁZAD LEGNAGYOBB KÉRDÉSE: VISSZA TUDJUK-E FORGATNI AZ IDŐT? Senescence a betegségek hátterében. Molekuláris folyamatoktól a betegségekig Előadó: Molnár Béla, Budapest
12.00–13.00	Ebéd
13.00–14.30	KARDIOLÓGIA, ANGIOLÓGIA 2024 Üléselnök: Tóth Kálmán, Pécs
13.00–13.30	GYAKORLATRA HATÓ ÚJDONSÁGOK, IRÁNYELVEK Előadó: Tóth Kálmán, Pécs
13.30–14.00	KARDIOIMMUNOLÓGIA, HOL TARTUNK MA? Előadó: Müller Gábor, Budapest
14.00–14.30	ATHEROSCLEROSIS GYÓGYÍTÁSA RÉGEN ÉS MA Üléselnök: Paragh György, Debrecen, Karádi István, Budapest AZ LP(A) SZEREPE AZ ATHEROSCLEROSISBAN Előadó: Karádi István, Budapest LIPIDCSÖKKENTÉS JELENTŐSÉGE AZ ATHEROSCLEROSIS PREVENCIÓJÁBAN, FÓKUSZBAN AZ LP(A) Előadó: Paragh György, Debrecen

(AMGEN szimpózium)

14.30–15.00 *Szünet*

15.00–16.30 **NEFROLÓGIA, HIPERTÓNIA 2024**

Üléselnök: Tislér András, Budapest

15.00–15.30 **GYAKORLATRA HATÓ ÚJDONSÁGOK IRÁNYELVEK**

Előadó: Tislér András, Budapest

15.30–15.45 **LUPUS NEPHRITIS, VASCULITISEK HATÁSA A VESÉRE**

Előadó: Ledó Nóra, Budapest

15.45–16.00 **NEPHROSIS SZINDRÓMA IMMUNOLÓGIÁJA**

Előadó: Markóth Csilla, Debrecen

16.00–16.30 **ÚJ IDŐSZÁMÍTÁS KEZDETE?**

AZ OBESITAS MINT NÉPBETEGSÉG ÉS TERÁPIÁS KONZEKVENCIÁI

Üléselnök: Kempler Péter, Budapest

**EGY VILÁGJÁRVÁNY EZERNYI SZÖVŐDMÉNY HÁTTERÉBEN –
ELHÍZÁSBETEGSÉG 2024-BEN**

Előadó: Kempler Péter, Budapest

AZ OBESITAS KEZELÉSÉNEK KOMPLEX SZEMLÉLETE

Előadó: Molnár Gergő

(Lilly Hungária szimpózium)

16.30–17.30 **MBT ÉSZAKKELET-MAGYARORSZÁGI SZEKCIÓ PROGRAMJA**

Üléselnök: Paragh György, Debrecen

MI TÖRTÉNT AZ ELMÚLT EGY ÉVBEN?

Előadó: Paragh György, Debrecen

AFEREZIS KEZELÉS KARDIOVASZKULÁRIS KÓRKÉPEKBEN

Előadó: Soltész Pál, Debrecen

SÜRGŐSSÉGI EPEÚTI INTERVENCIÓK A SZAKÉRTŐK SZEMÉVEL

Előadó: Orosz Péter, Debrecen

KLONÁLIS HEMATOPOIESIS ÁLTALÁNOS BELGYÓGYÁSZATI VONATKOZÁSAI

Előadó: Szerafin László, Debrecen

17.30–18.30 **MBT DUNÁNTÚLI SZEKCIÓ PROGRAMJA**

Üléselnök: Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

MI TÖRTÉNT AZ ELMÚLT EGY ÉVBEN?

Előadó: Izbéki Ferenc

GYAKORLATI TESTSÚLYCSÖKKENTŐ PROGRAM HATÉKONYSÁGA

Előadó: Daradics Petra, Bajnok László, Pécs

TERHESSÉGI RITMUSZAVAROK MODERN TERÁPIÁS MEGKÖZELÍTÉSEI

Előadó: Riba Ádám, Zalaegerszeg

**A DIAGNÓZIS RÖGÖS ÚTJA; WHIPPLE-KÓR DIAGNOSZTIZÁLÁSA
18 ÉVES KÖRLEFOLYÁS UTÁN**

Előadó: Rétfalvi Gergely, Németh Bence, Kovács Valéria, Durcsán Henryka, Pécsi Dávid,
Almási Kálmán Imre, Pécsi Gyula, Győr

18.30–19.00 **DOHÁNYZÁS ÉS FÜGGŐSÉG**

Előadó: Petke Zsolt pszichiáter addiktológus

(Füstmentes.hu előadás)

19.30-tól *Vacsora*

07.45–09.00 **BEJELENTETT TUDOMÁNYOS ELŐADÁSOK**

Üléselnök: Hunyady Béla, Pécs
Schandl László, Budapest

A PSZICHOSZOMATIKUS PANASZOK ÉLETTANA

Pusztai E.¹

¹*Opes Kft.*

**ALAPELLÁTÁSI PILOT A NÉPBETEGSÉGEK KORAI FELISMERÉSÉRE
ÉS HOLISZTIKUS KEZELÉSÉRE**

Szili K.¹, Bozsár S.², Lábodi L.⁴, Cserhádi N.⁴, Friedl M.⁴, Szabóné Ábrahám Z.⁴, Dézsi C.³

¹*Széchenyi István Egyetem*

²*Orosházi Dr. László Elek Kórház és Rendelőintézet*

³*Békés Vármegyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház Gyula*

⁴*S.O.S. 24 KFT – 48. számú Családorvosi Rendelő Szeged–Tápé*

**GASZTROKARDIOLÓGIA: ÚJ PERSPEKTÍVA A GASZTROENTEROLÓGIA
HORIZONTJÁN. GASTROCARDIALIS (ROEMHELD) SZINDRÓMA.**

GYULLADÁSOS GASZTROENTEROLÓGIAI BETEGSÉGEK ÉS AZ EMÉSZTŐRENDSZERI
VÉRZÉSEK SZÍV-ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK KAPCSOLATA

Szauder I.¹

¹*Kardiológiai Diagnosztikai Központ, Budapest*

**FEKVŐBETEG ADATOK ELEMZÉSE KÜLÖNBÖZŐ GASZTROENTEROLÓGIAI
INDIKÁCIÓK TÜKRÉBEN**

Rutka M.¹, Resál T.², Inczei O.¹, Lóczy T.¹, Farkas K.¹, Czákó L.¹, Rosztóczy A.¹, Róka R.¹,
Bálint A.¹, Ivány E.¹, Fábián A.¹, Farkas B.¹, Szepes Z.¹, Molnár T.¹

¹*Gastroenterológiai Centrum, Szegedi Tudományegyetem SZAKK Belgyógyászati Klinika, Szeged*

²*Gastroenterológia, Észak-Pesti Centrumkórház – Honvédkórház, Budapest*

**A NEUROPATHIÁS KÁROSODÁS ÉS A KOMPLEX METABOLIKUS ÁLLAPOT
FELMÉRÉSE CGM ALKALMAZÁSA MELLETT VAGY ANNAK HIÁNYÁBAN
1-ES TÍPUSÚ DIABETESBEN**

Bordács B.¹, Kupai K.¹, Valkusz Z.¹, Várkonyi Á.², Nyiraty S.¹, Lengyel C.¹, Kempler P.³, Várkonyi T.¹

¹*Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvosi Kar, Belgyógyászati Klinika, Szeged*

²*Szegedi Tudományegyetem Fogorvostudományi Kar, Szeged*

³*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

**A MINIMED 780G INZULINPUMPARENDSZER ANYAGCSERÉRE GYAKOROLT
HATÁSA**

Hankó H.¹, Lee Y.¹, Tóth B.¹, Garam N.¹, Jávorfi T.¹, Svébis M.¹, Tabák G.^{1,2,3}, Kocsis G.¹

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest, Magyarország*

²*Semmelweis Egyetem Megelőző Orvostani és Népegészségügyi Intézet, Budapest, Magyarország*

³*Járványtani és Közegészségügyi Tanszék, University College London, London, Egyesült Királyság*

**LADA TÍPUSÚ DIABETES MELLITUS REMISSZIÓJÁNAK FELISMERÉSE ÉS
A RETÍPIZÁLÁS LEHETŐSÉGE SAJÁT BETEGANYAGUNKBAN**

Tóth A.¹, Schandl L.¹, Czégeni A.¹, Tomasics G.¹, Kelemen K.², Csatóry Á.², Kis J.¹, Winkler G.¹

¹*Észak-budai Szent János Centrumkórház, II. Belgyógyászat - Diabetológiai Osztály, Budapest*

²*Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar*

9.00–10.30 **GASZTROENTEROLÓGIA 2024**

Üléselnök: Hunyady Béla, Pécs

9.00–9.30 **GYAKORLATRA HATÓ ÚJDONSÁGOK IRÁNYELVEK**

Előadó: Vincze Áron, Pécs

9.30–9.45 **GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK IMMUNOLÓGIAI VONATKOZÁSAI**

Előadó: Molnár Tamás, Szeged

9.45–10.00 **CHOLANGITISEK**

Előadó: Szalay Ferenc, Budapest

10.00–10.15 **AUTOIMMUN HEPATITISEK**

Előadó: Pár Alajos, Pécs

10.15–10.30 **AUTOIMMUN PANCREATITIS**

Előadó: Czákó László, Szeged

10.30–10.45 **Szünet**

10.45–11.15 **ANTITROMBOTIKUS KEZELÉS ÉS GYOMORVÉDELEM. KARDIOLÓGUS ÉS GASZTROENTEROLÓGUS EGYÜTTMŰKÖDÉSE**

Üléselnök: Tulassay Zsolt, Budapest

KARDIOLÓGIAI SZEMPONTOK

Előadó: Becker Dávid, Budapest

GASZTROENTEROLÓGIAI SZEMPONTOK

Előadó: Hersényi László, Budapest

(EGIS szimpózium)

11.15–12.15 **MBT DÉL MAGYARORSZÁGI DECENTRUM PROGRAMJA**

Üléselnök: Varga Márta, Békéscsaba

MI TÖRTÉNT AZ ELMÚLT EGY ÉVBEN?

Előadó: Varga Márta, Békéscsaba

NÉPEGÉSZSÉGÜGYI VASTAGBÉLSZŰRÉS ÉS ENNEK MINŐSÉGI FELTÉTELEI HAZÁNKBAN

Előadó: Szepes Zoltán, Szeged

AZ INZULINKEZELÉS DEESZKALÁLÁSA A 2-ES TÍPUSÚ DIABETES MELLITUSBAN

Előadó: Taybani Zoltán, Békéscsaba

12.00–13.00 **Ebéd**

13.00–14.30 **ENDOKRINOLÓGIA 2024**

Üléselnök: Lakatos Péter, Budapest

13.00–13.30 **GYAKORLATRA HATÓ ÚJDONSÁGOK, IRÁNYELVEK**

Előadó: Mezősi Emese, Pécs

13.30–13.45 **AUTOIMMUN THYREOIDITISEK ÉS INFERTILITÁS**

Előadó: Bodor Miklós, Debrecen

13.45–14.00 **IMMUNCHECKPONT GÁTLÓK ENDOKRIN MELLÉKHATÁSAI**

Előadó: Valkusz Zsuzsa, Szeged

14.00–14.30

OSTEOPOROSIS 2024

Üléselnök: Lakatos Péter, Budapest

GYAKORLATRA HATÓ ÚJDONSÁGOK, IRÁNYELVEK

Előadó: Valkusz Zsuzsanna, Szeged

CSONTÉPÍTŐ KEZELÉS HELYE A TERÁPIÁBAN

Előadó: Takács István, Budapest

(Richter Gedeon Nyrt szimpózium)

14.30–15.00 *Szünet*

ZAFÍR 3 TEREM

15.00–16.30 **SZÉNHIDRÁTANYAGCSERE 2024**

Üléselnök: Kempler Péter, Budapest

15.00–15.30 **SZUBJEKTÍV VÁLOGATÁS A DIABETOLÓGIA ÚJDONSÁGAIBÓL**

Előadó: Kempler Péter, Budapest

15.30–15.45 **LEHET-E KÉSLELTETNI AZ 1-ES TÍPUSÚ DM-T?**

Előadó: Hosszúfalusi Nóra, Budapest

15.45–16.00 **MÁSODIK GENERÁCIÓS SZÖVETI CUKORMONITOROZÁSI RENDSZER**

Előadó: Kis János

(Elektronika 77 Kft előadás)

16.00–16.30 **ELHÍZÁS ÉS GYULLADÁS: AZ ÖRDÖGI KÖR!**

Előadó: Reismann Péter, Budapest

(Novo Nordisk – Obesitas szimpózium)

16.35–17.05

MOTILITÁS ZAVAROK

Üléselnök: Szalay Ferenc, Budapest

**FELSŐ- ÉS ALSÓ TÁPCSATORNAI MOTILITÁS ZAVAROK ÉS KEZELÉSI
LEHETŐSÉGEIK**

Előadó: Varga Márta, Békéscsaba

A KRÓNIKUS HASMENÉS – CHOLESTYRAMINE – VAN ÚJ A NAP ALATT?

Előadók: Szepes Zoltán, Szeged és Fábán Anna, Szeged

(Supremex szimpózium)

17.10–18.30 **HÁZIORVOSI SZEKCIÓ PROGRAMJA**

Üléselnök: Kalabay László, Budapest

LESZ-E ELÉG HÁZIORVOS A JÖVŐBEN?

Előadó: Kalabay László

Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

**A SCORE, A FRAMINGHAM RIZIKÓ PONTSZÁM ÉS A BECSÜLT PULZUSHULLÁM
TERJEDÉSI SEBESSÉGEN ALAPULÓ ARTÉRIÁS ÉLETKOR SZÁMÍTÁSI
MÓDSZEREK KÖZÖTTI KÜLÖNBSEGEK A MAGYARORSZÁGI HÁROM
GENERÁCIÓVAL AZ EGÉSZSÉGÉRT PROGRAM ADATAI ALAPJÁN**

Előadó: Gyöngyösi Helga¹, Szöllősi Gergő József², Csenteri Orsolya², Jancsó Zoltán¹,
Móczár Csaba¹, Torzsa Péter², Andréka Péter¹, Vajer Péter³, Nemcsik János¹

¹Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest

²Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet

³Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Társadalomtudományi Koordinációs Kutatóközpont

AZ OKCIPITÁLIS IDEGBLOKK SIKERÉNEK JAVÍTÁSA

Előadó: Xantus Gábor^{1,2}, Torzsa Péter²

¹*Taksony, 1. sz. Körzet,*

²*Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest*

A POINT OF CARE LABORVIZSGÁLATOK JELENTŐSÉGE AZ ALAPELLÁTÁSBAN

Előadó: Hasitz Ágnes¹

¹*Háziorvosi Praxis, Szentendre*

A HÁZIORVOSOK ADHERENCIÁJA A HYPERTONIA IRÁNYELVEKHEZ – ESETALAPÚ FELMÉRÉS

Előadó: Móczár Csaba¹, Tóth Szeles Roland¹

¹*Háziorvosi Rendelő, Kecskemét*

ZAFÍR 3 TEREM

18.30–19.00 KELEMEN ENDRE EMLÉKELŐADÁS ÉS KITÜNTETÉS

Előadó: Demeter Judit, Budapest

19.00–19.30 KÖZGYŰLÉS

Elnöki beszámoló

Takács István

MBA főszerkesztő beszámolója Szathmári Miklós

Gazdasági titkár beszámolója Szalay Ferenc

Hozzászólások

MBT Emlékérem kitüntetés átadása

19.30-tól Vacsora

8.00–9.00 **BEJELENTETT TUDOMÁNYOS ELŐADÁSOK**

E-poszterek (elektronikus poszterek) bemutatása

Moderátorok: Szűcs Nikolett, Budapest,
Tóth Miklós, Budapest,
Schandl László, Budapest

KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK MEN 2A-SZINDRÓMÁBAN

Szujó S.¹, Bajnok L.¹, Gulyás E.¹, Kalmár Nagy K.², Mangel L.³, Nemes O.¹, Rajbár R.¹, Szalai G.²,
Mezősi E.¹

¹PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Endokrinológia és Anyagcsere Tanszék, Pécs

²PTE KK Sebészeti Klinika, Pécs

³PTE KK Onkoterápiás Intézet, Pécs

MIÉRT NEM SIKERÜLT A HYPOPITUITER BETEG ÉLETÉT MEGMENTENI?

Kupai K.¹, Nyiraty S.¹, Valkusz Z.¹

¹SZTE ÁOK Belgyógyászati Klinika, Endokrinológia

AZ INZULINOMA FELISMERÉSÉNEK JELENTŐSÉGE

A KLINIKAI GYAKORLATBAN

Papp D.¹, Papp V.²

¹Belgyógyászati osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan

²Belgyógyászati osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan

NEM MINDEN AZ, AMINEK LÁTSZIK

Garam N.¹, Bertalan R.², Kovács Á.², Szűcs N.¹

¹Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

**TÉVÚTON JÁRÓ DIAGNÓZIS: MELLÉKVESE EREDETŰ TÉRFOGLALÁS,
PANKREASCARCINOMA VAGY FOLLIKULÁRIS LYMPHOMA?**

Nemes-Antal Z.¹, Istenes I.¹, Körei A.¹

¹Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

HYPOTHYREOSIS OKOZTA HYPONATRAEMIA ESETE

Tomasics G.¹, Schandl L.¹, Czégeni A.¹, Kührner B.², Majláty B.², Kis J.¹, Winkler G.¹

¹Észak-budai Szent János Centrumkórház, II. Belgyógyászat – Diabetológiai Osztály, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Budapest

**RITKA KIINDULÁSÚ CUSHING-SZINDRÓMÁVAL JÁRÓ NEUROENDOKRIN
DAGANAT. ESETISMERTETÉS**

Kis I.¹, Takács E.¹, Beyaty S.¹, Horváth S.², Taller A.¹

¹Budapesti Uzsoki Utcai Kórház, II. Belgyógyászati Osztály

²Budapesti Uzsoki Utcai Kórház, Pathológia

A POLIPHALÁSZ ÉS AZ ENDOKRINOLÓGIA

Hajdú N.¹, Patócs A.², Suhai F.³, Bihari L.⁴, Szűcs N.¹

¹Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem Klinikai Genetikai és Endokrinológiai Laboratórium, Budapest

³Semmelweis Egyetem Intervenció Radiológiai Tanszék, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

GLUKAGONOMA SZINDRÓMA – ESETISMERTETÉS

Stark J.¹, Tőke J.¹, Bényei E.¹, Uhlyarik A.¹, Lakatos G.², Huszty G.³, Borka K.⁴, Tóth M.¹

¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, ENDO-ERN, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár

³Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

⁴Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest

MALIGNUS RENINOMA

Bényei E.¹, Rempert Á.², Katonai A.², Tőke J.¹, Piros L.², Illés A.¹, Nagy P.³, Kósa J.¹,

Lakatos P.¹, Tóth M.¹

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

ZAFÍR 3 TEREM

9.00–10.15 **PULMONOLÓGIA 2024**

Üléselnök: Csoma Zsuzsanna, Budapest

9.00–9.30 **GYAKORLATRA HATÓ ÚJDONSÁGOK, IRÁNYELVEK**

Előadó: Müller Veronika, Budapest

9.30–9.45 **GYÓGYSZER INDUKÁLTA TÜDŐ ELVÁLTOZÁSOK**

Előadó: Moldvay Judit, Budapest–Szeged

9.45–10.00 **ASZTMA TERÁPIÁJA AZ ENYHÉTŐL A SÚLYOSIG**

Előadó: Csoma Zsuzsanna, Budapest

10.00–10.15 **ALVÁS ALATTI LÉGZÉSZAVAROK**

Előadó: Horváth Gábor, Budapest

10.15–10.45 **Szünet**

10.45–12.00 **KLINIKAI IMMUNOLÓGIA 2024**

Üléselnök: Kiss Emese, Budapest

10.45–11.15 **GYAKORLATRA HATÓ ÚJDONSÁGOK, IRÁNYELVEK**

Előadó: Kiss Emese, Budapest

11.15–11.30 **SZEMLÉLETVÁLTÁS AZ IMMUNDEFICIENCIÁK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN, KEZELÉSÉBEN**

Előadó: Goda Vera, Budapest

11.30–11.45 **IMMUNGLOBULIN TERÁPIÁK INDIKÁCIÓI**

Előadó: Végh Judit, Budapest

11.45–12.00

A D-HORMON IMMUNOLÓGIAI HATÁSAI

Előadó: Takács István, Budapest

(Pharma Patent Kft szimpózium)

12.00–12.30

**KARDIORENÁLIS–METABOLIKUS ÖSSZEFÜGGÉSEK MEGKÖZELÍTÉSE
BELGYÓGYÁSZ-NEFROLÓGUS SZEMMEL**

Előadó: Wágner László, Budapest

(Boehringer Ingelheim szimpózium)

12.30–13.00

MYOSITIS ÉS A RHEUMATOLÓGIA KÓRKÉPEK AZ IMMUNOLÓGUS SZEMÉVEL

Előadók: Grieger Zoltán, Debrecen és Kiss Zsófia, Budapest

(Biotest AG szimpózium)

13.00–14.00 **Ebéd**

14.00–14.30 DIABETES VESEBETEGSÉG – FÓKUSZBAN A GLP1-RA TERÁPIA

Előadó: Wittmann István, Pécs

(Novo Nordisk előadás)

ZAFÍR 3 TEREM

14.30–17.00 **BEJELENTETT TUDOMÁNYOS ELŐADÁSOK**
E-poszterek (elektronikus posztterek) bemutatása

DIABETES

Moderátor: Wittmann István, Pécs

**COVID INDUKÁLT 1-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉG GYORS REMISSZIÓJA
ELLENÉRE KIALAKULT DIABETES SZÖVŐDMÉNYEK**

Czégeni A.¹, Schandl L.¹, Polyák A.¹, Majláty B.², Kelemen K.², Kührner B.², Kis J.¹, Winkler G.¹

¹Észak-budai Szent János Centrumkórház, II. Belgyógyászat – Diabetológiai Osztály, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar

VAJON MI ÁLL A DIABETES MELLITUS HÁTTERÉBEN?

Czékus C.¹

¹SZTE ÁOK Belgyógyászati Klinika, Endokrinológia osztály

ONKOLÓGIA és CSONTBETEGSÉGEK

Moderátor: Horváth Anna, Budapest

Szili Balázs, Budapest

**A FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS GYAKORLATI LÉPÉSEI AZ ONKOHEMATOLÓGIAI
BETEGEKNÉL**

Horváth A.¹

¹Semmelweis Egyetem, BHK, Budapest

**VON HIPPEL–LINDAU-KÓRKÉP MULTIDISZCIPLINÁRIS KEZELÉSE ÉS
AZ ÉLETMINŐSÉG ÖSSZEFÜGGÉSE**

Sung Y.¹, Dézsi K.¹, Patócs A.², Barzó P.³, Dumele A.², Féhér M.¹, Farkas Á.¹, Deák P.¹, Nyilas N.¹, Szabó V.¹, Tamás G.¹, Horváth L.¹, Horváth A.¹

¹Semmelweis Egyetem, Budapest

²Országos Onkológiai Intézet, Budapest

³Szegedi Tudományegyetem

VERTEBRÁLIS DEFORMITÁS VIZSGÁLATA ENDOKRIN TERÁPIÁVAL KEZELT MELLRÁKOS BETEGEK BEN DENZITOMETRIÁS MÓDSZERREL

Kollár R.¹, Mészáros S.¹, Leel-Össy T.¹, Dank M.¹, Horváth C.¹, Szigeti E.², Hajer A.²

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai klinika, Budapest*

EGY MULTIPLEX, LYTICUS CSONTÉLTÉRÉST OKOZÓ BETEGSÉG KÜLÖNLEGES MEGJELENÉSI FORMÁJA – ESETTANULMÁNY

Kiss A.¹, Szili B.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika*

KRÓNIKUS MYELOID LEUKAEMIA KEZELÉSÉRE ALKALMAZOTT GYÓGYSZEREK OFF-TARGET HATÁSAI

Szili-Janicsk Zs.¹, Istene I.¹, Szili B.¹, Demeter J.¹

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

HEMATOLÓGIA és HEPATOLÓGIA

Moderátor: Szalay Ferenc, Budapest

„MELYIK UJJAMAT HARAPJAM?” – AVAGY A VÉRALVADÁSGÁTLÓ KEZELÉS KIHÍVÁSAI COVID-19 MEGBETEGEDÉSBEN – ESETBEMUTATÁSOK

Csintalan Z.¹, Papp V.², Stefán Á.³

¹*Belgyógyászati osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan*

²*Belgyógyászati osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan*

³*Radiológiai Osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan*

SZEKUNDER PRIMER MALIGNITÁS ELŐFORDULÁSA KRÓNIKUS MYELOPROLIFERATÍV KÓRKÉPEKBEN

Zsigmond R.¹, Zsigmond E.², Borbényi Z.³, Gurbity Pálfi T.⁴

¹*Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Centrum, Szegedi Tudományegyetem, Szeged*

²*Kardiológia Osztály, Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház, Budapest*

³*Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Centrum, Szegedi Tudományegyetem, Szeged*

⁴*Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Centrum, Szegedi Tudományegyetem, Szeged*

NON-INVAZÍV, KERINGŐ TUMOR DNS ALAPÚ MUTÁCIÓ PROFILOZÁS ÉS MÉRHETŐ REZIDUÁLIS BETEGSÉG MONITOROZÁSA FOLLIKULÁRIS LYMPHOMÁBAN PHASED-SEQ SEGÍTSÉGÉVEL

Bátai B.¹, Nagy Á.¹, Hogan G.², Chabon J. J.², Troke M.², Riley L.², Schultz A.², Close S.², Diehn M.³, Alpár D.⁴, Timár B.⁴, Alizadeh A. A.⁵, Kurtz M. D.⁶, Bödör C.⁴

¹*Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest; HCEMM-SE Molekuláris Onkohematológia Kutatócsoport, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest*

²*Foresight Diagnostics, Aurora, CO, USA*

³*Department of Radiation Oncology, Stanford University, Stanford, CA, USA*

⁴*HCEMM-SE Molekuláris Onkohematológia Kutatócsoport, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest*

⁵*Department of Medicine, Divisions of Oncology and Hematology, Stanford University, Stanford, CA, USA*

⁶*Division of Oncology, Department of Medicine, Stanford University, Stanford, CA, USA; Stanford University, Palo Alto, CA, USA*

FONTAN CIRRHOSIS – A KRÓNIKUS MÁJBETEGSÉG RITKA OKA

Bánhidi C.¹, Krolopp A.¹, Perneczki A.², Dezsőfi-Gottl A.², Gerlei Z.³, Ablonczy L.³, Szalay F.³

¹*SE Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

²*SE Gyermekgyógyászati Klinika Bókay utcai részleg, Budapest*

³*Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet, Budapest*

AZ EXTRAHEPATIKUS TÜNETEK FONTOSSÁGÁNAK BEMUTATÁSA HCV FERTŐZÉS ESETÉN EGY KRÓNIKUS VESEBETEGSÉG MIATT GONDOZOTT PÁCIENS ESETE KAPCSÁN

Krolopp A.², Folhoffer A.¹, Szalay F.¹, Tislér A.¹, Bánhidi C.¹, Németh D.¹

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

²*Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest*

ANAEMIA DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI KÉRDÉSEI MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ ELŐTT EGY FIATAL, MÁJCIRRHOZISBAN SZENVEDŐ NŐBETEG KAPCSÁN – ESETBEMUTATÁS

Egresi A.¹, Drácz B.¹, Morar A.¹, Czompa D.¹, Gerlei Z.¹, Hagymási K.¹, Farkas P.², Fekete B.², Werling K.¹, Szijártó A.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika*

²*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika*

15.30–15.45 *Szünet*

D-VITAMIN, IMMUNOLÓGIA

Moderátorok: Szili Balázs, Budapest

Kiss Emese, Budapest

D-VITAMIN-TÚLADAGOLÁS ÁLTAL OKOZOTT HYPERCALCAEMIA SZISZTÉMÁS SZÖVŐDMÉNYEI. ESETISMERTETÉS

Zsigrai S.¹, Kollár R.¹, Mészáros S.¹, Szabados S.², Vásárhelyi B.², Takács I.¹, Körei A.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

²*Semmelweis Egyetem, Laboratóriumi Medicina Intézet, Budapest*

AZ EOSINOPHIL GRANULOMATOSUS POLYANGIITIS OKOZTA DIAGNOSZTIKUS ÉS TERÁPIÁS NEHÉZSÉGEK BEMUTATÁSA EGY ESET KAPCSÁN

Vincze A.¹, Polgár A.⁴, Végh J.², Mikó I.³, Bazsó A.¹, Pálfi P.¹, Kiss E.¹

¹*Klinikai Immunológiai, Felnőtt- és Gyermekreumatológiai Osztály, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest*

²*Intenzív Terápiás Osztály, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest*

³*II. Reumatológiai Rehabilitációs Osztály, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest*

⁴*III. Reumatológiai Rehabilitációs Osztály, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest*

NEONATALIS LUPUS ERYTHEMATOSUS (NLE) 2 SIKERES KEZELÉSE BETEGANYAGUNKBÓL

Tóth K.¹, Takács J.¹, Zöld D.¹, Bazsó A.¹, Kiss E.², Györkös B.⁴, Ladányi A.⁴, Nagy G.³, Végh J.¹

¹*Intenzív Terápiás Osztály, ORFI, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest*

²*ORFI, Országos Mozgásszervi Intézet, Klinikai Immunológia, Felnőtt- és Gyermekreumatológiai Osztály, Budapest*

³*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Klinikai Immunológiai Tanszék, Budapest*

⁴*Gyermek Szívközpont, Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet, Budapest*

NEONATALIS LUPUS, MAGZATI SZÍVBLOKK AKTUALITÁSAI

AZ ORFI BETEGANYAGÁN KERESZTÜL (2018. 06. 01–2024. 08. 31.)

Végh J.¹, Zöld D.¹, Bazsó A.¹, Takács J.¹, Tóth K.¹, Nagy G.¹, Hajdú J.², Ladányi A.², Györkös B.², Kiss E.¹

¹*Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest*

²*Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet, Budapest*

„KATASZTRÓFA” ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROMA SZÍNES KLINIKUMA EGY ESET KAPCSÁN

Vitárus D.¹, Takács J.¹, Zöld D.¹, Tóth K.¹, Kiss E.², Nagy G.², Végh J.¹

¹*Intenzív Terápiás Osztály, ORFI, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest*

²*Klinikai Immunológia, Felnőtt- és Gyermekreumatológiai Osztály, ORFI, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest*

AZ ANTIFOSZFOLIPID SZINDRÓMA SÚLYOS PERIFÉRIÁS MEGJELENÉSE 3 ESET KAPCSÁN

Takács J.¹, Zöld D.¹, Tóth K.¹, Kiss E.², Nagy G.³, Végh J.¹

¹*Intenzív Terápiás Osztály, ORFI, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest*

²*Klinikai Immunológiai, Felnőtt- és Gyermeekreumatológiai Osztály, ORFI, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest*

³*Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest*

RÖVID IDEIG TARTÓ RITUXIMAB KEZELÉS MELLETT KIALAKULT SÚLYOS HASFALI PLEGMONE ESETE

Holhós N.¹, Tóth K.¹, Zöld D.¹, Bazsó A.², Kiss E.², Nagy G.³, Végh J.¹

¹*Intenzív Terápiás Osztály, Országos Mozgásszervi Intézet – ORFI; Budapest*

²*Klinikai Immunológiai, Felnőtt- és Gyermeekreumatológiai Osztály; Országos Mozgásszervi Intézet – ORFI; Budapest*

³*Országos Mozgásszervi Intézet – ORFI; Budapest*

RITKA DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI ESET AZ IMMUNOLÓGIÁBAN

Balogh D.¹, Kiss E.²

¹*SE Belgyógyászati és Onkológiai Klinika*

²*Országos Mozgásszervi Intézet*

KOMPLEMENT GÁTLÓ KEZELÉSSSEL VISSZAFORDÍTOTT CÉLSZERVKÁROSODÁS

Nagy T.¹, Bajcsi D.¹, Bitó L.¹, Berkesi E.², Modok S.³, Borbényi Z.³

¹*Nefrológia Centrum, SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika, Szeged*

²*Nefrológia Osztály, Békés Vármegyei Központi Kórház, dr. Réthy Pál Tagkórház, Békéscsaba*

³*Hematológia Centrum, SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika, Szeged*

TALPAKTÓL A SYPHILISIG. ESETISMERTETÉS

Farkas Z.¹, Taller A.¹, Takács E.¹

¹*II. Belgyógyászati Osztály, Budapesti Uzsoki Utcai Kórház, Budapest*

HIV-ASSZOCIÁLT FERTŐZŐ BETEGSÉGEK BEMUTATÁSA EGY ÉRDEKES ESET KAPCSÁN

Kalabay M.¹, Peskó G.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest*

HYPOPARATHYREOSIS- ES HYPOTHYROSISHOZ TÁRSULÓ SÚLYOS DEPRESSZIÓ

Márkus M.¹

¹*SZTE ÁOK Belgyógyászati Klinika, Endokrinológia osztály, Budapest*

MELLÉKPAJZSMIRIGY- ÉS PAJZSMIRIGY-CARCINOMA RITKA EGYÜTTES ELŐFORDULÁSA. ESETISMERTETÉS

Christofi A.¹, Iványi G.¹, Valkusz Z.¹

¹*SZTE ÁOK Belgyógyászati Klinika, Endokrinológia Osztály, Szeged*

16.50

A Nagygyűlés zárása, díjak átadása

CareSensTM Air

Folyamatos Cukormonitorozó Rendszer (CGM)



Integrált folyamatos cukormonitorozó rendszer (CGM)

Bizalom minden pillanatban

ÚJ
CGM



15 napos szenzor élettartam



telemedicinális beteggondozás



egyenre szabható értesítések és
riasztások, eseménynapló



magyar nyelvű applikáció
és telefonos ügyfélszolgálat



Dcont[®] vércukormérőkkel kompatibilis



A telefon nem tartozék.



77 ELEKTRONIKA

H-1116 Budapest, Fehérvári út 98.
CGMS Zöldsám: +36 80 88 00 77
E-mail: cgms@e77.hu
www.cgms.hu; www.e77.hu



cgms.hu



Az árakról, felírhatóság
feltételeiről kérjük
olvassa be a QR kódot

Lezárás dátuma: 2024.10.10.
A termék gyógyászati segédeszköz.

Forrás: <http://www.neak.gov.hu/puphag>

ELŐADÁSOK/POSZTEREK ÖSSZEFOGLALÓI

(az első szerző szerint ábécérendbe sorolva)

1.

EGY HEMODIALIZÁLT, COLITIS ULCEROSÁBAN SZENVEDŐ BETEG INFLIXIMABKEZELÉSE

Angyal D.¹, Balogh F.¹, Gönczi L.¹, Lontai L.¹,
Lakatos P.², Iliás A.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai
Klinika, Budapest*

²*McGill University Health Center, Montreal General
Hospital, Kanada*

Bevezetés: A gyulladásos bélbetegség (IBD) diagnózisa egyre gyakoribb az idősök körében. Az idősödő IBD-s betegpopuláció ellátása kihívást jelent az öregedés során jelentkező számos társbetegség következtében. A krónikus veseelégtelenség gyakori komorbiditás idős IBD betegekénél, mely végstádiumú vesebetegséghez vezethet. Ezen betegek vesepótló kezelése sokszor elkerülhetetlen. Alapvetően ritka a hemodialízis-kezelés az IBD betegek körében, de a betegek várható élettartamának növekedésével várhatóan nőni fog ezen páciensek száma is. A hemodialízis és a biológiai terápiák együttes alkalmazásáról azonban igen keveset tudunk. Esetismertetésünkben egy idős, végstádiumú veseelégtelen, colitis ulcerosában szenvedő beteg sikeres infliximab (TNF α -gátló) terápiáját kívánjuk bemutatni.

Betegbemutatás: A 69 éves beteget 2023 márciusában vettük fel Klinikánkra. 2011-ben láz és véres hasmenés okán indult kivizsgálása során bal oldali (E2) colitis ulcerosával diagnosztizálták. 2020-ban a konzervatív terápia eredménytelensége miatt adalimumab kezelése indult, majd hatástalanság következtében vedolizumab terápiára váltottak, de remisszió ennek hatására sem következett be. 2022 óta végstádiumú vesebetegsége miatt heti háromszor hemodialízis kezelésben részesül. 2023-ban jelentkezett ambulanciánkon, ahol súlyos endoszkópos aktivitás (eMayo 2-3) és azathioprin intolerancia miatt infliximab kezelés mellett döntöttünk. A művese kezelése során időszakában a terápiás gyógyszer-szint monitorozás részeként az infliximab szérumszint, illetve az infliximab elleni antitestek meghatározását több alkalommal elvégeztük. Az indukció másnapján a művesekezelés előtt a mért infliximab szérumszint >20 $\mu\text{g/mL}$ volt, mely nem változott a hemodialízis terápia után. Az indukció 4., illetve 8. hetében a normáltartományba tartozó, 12,80 $\mu\text{g/mL}$ és 6,35 $\mu\text{g/mL}$ infliximab szérumszinteket mértünk.

Megbeszélés: Az IBD terápiás lehetőségei jelentősen bővültek a biológiai szerek megjelenésével, ám a nagyméretű monoklonális antitestek vesén keresztül való ürüléséről kevés az irodalmi adat. A hemodialízis és biológiai terápia együttes használatáról szinte csak reumatológiai esetek állnak rendelkezésre, IBD-ben alig

van tapasztalat. Betegünk gyógyszer-szintje a hemodialízis kezelés alatt is terápiás tartományban volt. A beteg a biológiai terápia hatására klinikai remisszióba került, mellékhatás nem jelentkezett.

2.

A KAPSZULA ENDOSZKÓPIA JELENTŐSÉGE A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN

Aszalós S.¹, Varga M.¹

¹*Békés Vármegyei Központi Kórház Dr. Réthy Pál
Tagkórház, Belgyógyászati Mátix-Gasztroenterológia,
Békéscsaba*

Bevezetés: A kapszula endoszkópia során egy kisméretű (kb. vitamintablettának megfelelő) kapszula természetes úton végighalad az emésztőrendszeren és kb. 3000 képet készít a gasztrointesztinális rendszer nyálkahártyájáról, majd a széklettel együtt távozik a szervezetből. Az adatokat rádiófrekvencián keresztül juttatja ki a kapszula endoszkóp, a hasfalra elhelyezett érzékelőkhöz át egy kisméretű, övvel rögzített készülékbe, ahol a képek tárolódnak. Ezek a képek kerülnek beolvasásra és értékelésre egy számítógépes szoftver segítségével. A vizsgálat előtt fontos a korrek, jó előkészítés.

Beteg: Egy 75 éves férfibeteget anaemia kivizsgálása céljából vettünk át társintézményből. Kórelőzményében hypertonia, krónikus vesebetegség szerepel. 1996-ban colon tumor miatt opus, anus prae készítése történt. Gravis anaemia miatt többször volt transzfúzió.

Eredmények: Gasztroszkópia során ulcus bulbi duodeni került leírásra, amely a gravis anaemia okát nem magyarázta. Colonoszkópia vizsgálat során a caecumig jutottunk, majd a terminális ileumot is vizsgálva végig bordóvörös vért láttunk ezért azonnali kapszula endoszkópia elvégzése mellett döntöttünk. A real-time felvételeket áttekintve aktív vérzés jeleit láttuk a vékonybélben, ezért azonnali hasi angio-CT-vizsgálatot kértünk. Tekintettel aktív tápcsatornai vérzésre, amely a vékonybél területéről származott, a beteget sebészeti osztály felé referáltuk műtéti megoldás céljából. A kapszula endoszkópia leletezése során 29%-nál kevés, majd nagyobb mennyiségben vér volt látható. A lumen területének kb. 3/4 részét érintően egyenetlen, gyűrűt felszínű, a lumenbe polypoid jelleggel bedomborodó képlet igazolódott.

Következtetés: A kapszula endoszkópia a gasztroszkópia és colonoszkópia során nem beazonosítható vérzések felderítésében hasznos módszer. A vizsgálat betegbarát, kíméletes, fájdalommentes. Leggyakoribb indikációs területe, mint ezen eset során is, a tradicionális endoszkópos vizsgálattal nem tisztázható vékonybél-vérzés vagy vékonybélre lokalizálódó Crohn-betegség.

3. RITKA DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI ESET AZ IMMUNOLÓGIÁBAN

Balogh D.¹, Kiss E.²,

¹SE Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

²Országos Mozgásszervi Intézet

Bevezetés: Mind a Behcet-kór, mind pedig a Still-betegség ritka autoinflammatorikus kórképek, amelyek tünettaniilag sok esetben átfedést mutatnak. Az egy mástól, valamint egyes kórképektől (autoimmun betegségek, egyes bőrbetegségek) való elkülönítésük, az autoantitestek hiánya, valamint a nem specifikus laborleltérések nehezítik meg a diagnózis felállítását. Etiológiájuk máig tisztázatlan. A Behcet-kórban aphták, pyoderma gangrenosum, vasculitis szerű bőrtünetek, láz, uveitis, meningitis, arthritisek jellemzőek. A Still-betegségben a láz, arthritis és maculopapulosus kiütések jelentkezhetnek.

Betegek: A 36 éves férfibetegünk kórtörténetéből hypertonia, lymphopenia, bőrtályogok eradikációja, osteoma műtét emelhető ki. A beteg immunológiai gondozásba vétele a tartós láz, az oralis és genitális aphták, az aseptikus meningitis miatt indult el. Kizárták infektív endocarditis, vírus és bacterialis infectio lehetőségét. Splenomegalia igazolódott. Koponya-MR negatív volt. A laborban emelkedett CRP, gyorsult súlylyedés, leukocytosis, thrombocytosis, emelkedett májenzimek, a liquorban leukocytosis volt látható. Immunlabor negatív. Bőrgyógyászatilag felmerült Behcet-kór és neurolues lehetősége is. Emelt dózisú i.v. szteroid, thrombosisprophylaxis és ulcusprofilaxis indult, deeszkáláló per os szteroid mellett a beteg gyakorlatilag tünetmentessé vált.

Következtetések: A betegünk esetét bemutatva kívánjuk a differenciáldiagnosztika nehézségeire felhívni a figyelmet. Still-betegség mellett szól a tartósan magas láz, splenomegalia, polyarticulopathia, thrombocytosis, leukocytosis, steril torokfájdalom, negatív immunszerológia. Bőrtünetei nem illenek a betegség klinikumába. Behcet-kór magyarázhatná az oralis és genitális aphthosis, uveitis anterior, aszeptikus meningitis, és a pseudofoliculitises bőrtünetek. Egyik kórképbe sem illeszthetőek be a bőrtünetek. A livedo racemosa egy antifoszfolipid antitest (aPL) asszociált kórkép. Vasculitisekben, valamint Behcet-kórban is megjelenhetnek aPL antitestek az endothelaktiváció miatt. Emiatt Behcet-kór irányban szoros observatio szükséges. Mindkettő betegség ma már autoinflammatorikus kórképnek tekinthető, amelynek az alapja az autoinflammáció, a fagocyták kitüntetett szerepe, valamint az autoantitestek hiánya, amelynek tudatában sokat változott az ismeretünk a monogénes, élettel tartósan nem összeegyeztethető betegségektől a polygénes, sőt multifaktoriális betegségekig.

4. FONTAN-CIRRHOSIS – A KRÓNIKUS MÁJBETEGSÉG RITKA OKA

Bánhidi C.¹, Krolopp A.¹, Folhoffer A.¹, Perneczki A.², Dezsőfi-Gottl A.², Gerlei Z.³, Ablonczy L.³, Szalay F.³

¹SE Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²SE Gyermekgyógyászati Klinika Bókay utcai részleg, Budapest

³Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet, Budapest

A jobbszívfél-elégtelenség számos esetben vezethet pangásos májbetegséghez, ennek speciális formája a Fontanhoz kapcsolódó májbetegség (FALD). A Fontan-műtét az egyetlen funkcionális kamrával rendelkező szív palliatív műtéti megoldása, a jobb pitvar – pulmonális artéria anasztomózis kialakításával. Ennek korszerűbb, kondukt segítségével módosított változata a teljes portocavalis kapcsolat (TCPC: total cavo-pulmonalis connexion). Az így létrehozott Fontan-kerítés azonban hosszú távon hemodinamikailag kedvezőtlen, megnövekedett centrális vénás nyomáshoz és ehhez kapcsolódó szisztémás szövődményekhez vezet. A kardiológiai és szívsebészeti kezelések rohamos fejlődésének köszönhetően a szív eredetű májbetegségek előfordulási aránya az utóbbi időben jelentősen változott. Míg a nem congenitális eredetű szívelégtelenség okozta májbetegségek száma csökken, a post Fontan állapot szerepe egyre növekszik.

Esetbemutató: a 23 éves férfibetegnek születésekor jobb kamra hipoplasia és komplex vitium igazolódott. Állapotát újszülött korában mesterséges shunt beültetésével és ballonos billentyű plasztikával stabilizálták. Gyermekkorában TCPC műtétsorozaton esett át. 2014-ben a hasi UH már cirrhosis hepatist mutatott, ascitisszel és splenomegáliával. A 2016-ban végzett májbiopszia mikronoduláris cirrosist igazolt. 2017-ben merül fel először a szívtranszplantáció szükségessége, ezért hepatológiai-kardiológiai konzílium ült össze. 2017-ben a kompenzált cirrhosis mellett gastrooesophagealis varicositas, hipertensiv gastropathia, a lienalis aneurisma, továbbá a májban dysplastikus göbök ábrázolódtak. 2024-ben kardiológiai osztályos felvételére szívelégtelenség, failing TCPC, Fontan-asszociált májcirrhosis, valamint fehérjevesztő enteropathia miatt került sor. Konzervatív terápia mellett a beteg állapotát sikerült stabilizálni, azonban a „progressiv TCPC failure” miatt kombinált máj és szívtranszplantáció szükségessége merült fel.

Összefoglalás: esetünk is jól szemlélteti, hogy a veleszületett rendellenességgel élő gyermekek javuló életkilátásaival ezek a betegek egyre nagyobb eséllyel élnek meg a felnőttkort, és kerülnek át a felnőtt belgyógyászati ellátásba. Gondozásukat, kezelésüket azonban nehezíti, hogy nincsenek még egyértelmű ajánlások, kezelésük során elengedhetetlenül szükséges a multidiszciplináris team közös munkája.

5. EPIGENETIKAI VÁLTOZÁSOK MONITOROZÁSA FOLSAVPÓTLÁS UTÁN

Bányai F.¹, Farkas E.¹, Nagy Z.¹, Barták B.¹,
Szakállas N.², Valcz G.³, Takács I.¹, Molnár B.¹

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai
Klinika, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizikai
Tanszék, Budapest

³HUN-REN-SE Transzlációs Extracelluláris Vezikula
Kutatócsoport, Budapest

Bevezetés: Számos ígéretes öregedésgátló értrendkiegészítő közül a folsav közvetett metildonorként járul hozzá az epigenetikai változásokhoz. Emiatt döntő szerepe lehet az öregedést befolyásoló biomarkerek szabályozásában, mint például a DNS metilációs szint és a telomerhossz.

Céljaink közé tartozott a hosszú távú folsavpótlás hatásának vizsgálata a LINE-1 szekvenciák metilációjára, valamint a metilációs szint és a telomerhossz közötti összefüggés keresése.

Eredmények: Egészséges emberek teljes vérért használtuk fel (n = 10) nagy dózisú folsavkezelést megelőzően kontrollként, majd a kezelés után 3-4 hónap és 12 hónap elteltével. Így két mintavételi időpontban vizsgáltuk a folsav rövid és hosszú távú hatásait. Mintafeldolgozás során plazmából, monocytá és granulocytá fehérvérsejtekből történt DNS izolálás. A továbbiakban a DNS-ből valós idejű kvantitatív PCR-t végeztünk a telomerhossz mérésére, valamint piroszekvenálást alkalmaztunk a LINE-1 metiláció teljes genomban történő változásainak vizsgálatára.

Az általunk vizsgált leukociták metilációjában nem volt nagymértékű változás 3 hónap után, és enyhe, de nem szignifikáns változás történt 12 hónap után. Eredményeink azt mutatták, hogy a CpG1 pozíció LINE-1 metilációja és a három elemzett CpG hely átlaga enyhe pozitív korrelációt mutat a monocyták telomerhosszával. A várakozásokkal ellentétben a telomer hossza csökkent mindkét vizsgált leukocitátípusban 3 hónappal a folsavkezelést követően. A hosszabb, egy éves periódus után egyértelmű, de nem szignifikáns növekedés volt megfigyelhető a telomerhosszban monocyták és granulocytáknál is egyaránt.

Összefoglalás: a hosszú távú, egy évig tartó folsavkiegészítés kis mértékben, azonban nem szignifikánsan, növelte a metilációs szintet. Valamint a monocyták LINE-1 metilációs szintje kis mértékben pozitívan korrelált a telomer hosszával a hosszabb távú folsavkezelésnél.

6. HYPERHOMOCYSTEINAEMIÁBAN SZENVEDŐ BETEGEK GENETIKAI ÉS EPI GENETIKAI VIZSGÁLATA FOLSAVPÓTLÁST KÖVETŐEN

Barták B.¹, Szakállas N.², Nagy Z.¹, Farkas E.¹,
Bányai F.¹, Holczbauer A.¹, Valcz G.³, Pipek O.⁴,
Csabai I.⁴, Takács I.¹, Molnár B.¹

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai
Klinika, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizika
Tanszék, Budapest

³HUN-REN-SE Transzlációs Extracelluláris Vezikula
Kutatócsoport, Budapest

⁴Eötvös Loránd Tudományegyetem, Komplex
Rendszerek Fizikája Tanszék, Budapest

Bevezetés: A homocisztein (HCY) metabolizmusát a metioninciklus szabályozza, amely többek között metilcsoportot biztosít a DNS metiláció számára, és ami-
ben a folsav (FA) nélkülözhetetlen kofaktorként működik. Az emelkedett HCY szint, azaz a hyperhomocysteinaemia (HHC) jellemzően alacsony FA mennyiséggel párosul, ezért pótlása befolyásolhatja a HCY mennyiségét, és emellett hatással lehet a DNS- metilációs mintázatára is.

Cél: Célkitűzéseink közé tartozott a FA szupplementáció hatásának megfigyelése HHC-s betegekben. Vizsgálatunk során a folsavra eltérően reagáló betegcsoportokat állítottunk fel, és elemeztük a minták genetikai és epigenetikai jellemzőit.

Módszer: Összesen 42 HHC-ben (nők: >13,5 µmol/L, férfiak: >16,0 µmol/L) szenvedő betegtől gyűjtöttünk két vérmintát átlagosan 3 hónap különbséggel. A vérvételek között a betegek magas dózisú (5 mg/nap) folsavat szedtek. Meghatároztuk a minták HCY és FA szintjét, valamint elkülönítettük a plazma és a fehérvérsejt frakciókat. A plazmában kvantifikáltuk a szabad DNS szintjét. Fehérvérsejt mintákon Illumina BeadArray technológiával a FA metabolizmusához kapcsolódó gének CpG pozícióinak metilációját elemeztük. Ugyanezen gének mutációs státuszát is vizsgáltuk, amihez exomszekvenálást végeztünk Illumina NextSeq 550 készüléken.

Eredmények: FA pótlást követően megfigyeltük, hogy egyes betegek pozitívan reagáltak és szignifikánsan (p < 0,05) lecsökkent a homociszteinszintjük (-28,5%), míg másokban nem okozott HCY-szint-csökkenést (+16,2%) a magas dózisú FA szupplementáció. A szabad DNS szintje mindkét csoportban csökkenést mutatott (-14,7% reagálók és -24,5% nem reagálók). BeadArray módszerrel a FA metabolizmusához kapcsolódóan 42 gén 647 CpG pozíciójának metilációját határoztuk meg. Ezek közül azonosítottunk olyan markereket, amelyek emelkedett metilációs szintet mutattak (pl. MTRR, PRMT5, CPT1B) a FA szupplementációra nem reagáló csoportban. Az exomszekvenálás alapján találtunk olyan specifikus mutációkat, amelyek kizáró-

lag erre a csoportra voltak jellemzők (pl. CCT8, TYMS, HIF1A).

Következtetés: Vizsgálataink során megfigyeltük, hogy HHC-ben szenvedő betegek esetén a folsav pótlás nem minden esetben vezet a HCY szint csökkenéséhez, amelynek hátterében valószínűsíthetően valamilyen genetikai vagy epigenetikai módosulás áll, ezért megfontolandó egyéb ágensek használata, melyek a HCY metabolizmusát befolyásolhatják.

7. NONINVAZÍV, KERINGŐ TUMOR DNS ALAPÚ MUTÁCIÓPROFILOZÁS ÉS MÉRHETŐ REZIDUÁLIS BETEGSÉGMONITOROZÁS FOLLIKULÁRIS LYMPHOMÁBAN PHASED-SEQ SEGÍTSÉGÉVEL

Báta B.¹, Nagy Á.¹, Hogan G.², Chabon J. J.², Troke M.², Riley L.², Schultz A.², Close S.², Diehn M.³, Alpár D.⁴, Timár B.⁴, Alizadeh A. A.⁵, Kurtz M. D.⁶, Bödör C.⁴

¹Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest; HCEMM-SE Molekuláris Onkohematológia Kutatócsoport, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Foresight Diagnostics, Aurora, CO, USA

³Department of Radiation Oncology, Stanford University, Stanford, CA, USA

⁴HCEMM-SE Molekuláris Onkohematológia Kutatócsoport, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest

⁵Department of Medicine, Divisions of Oncology and Hematology, Stanford University, Stanford, CA, USA

⁶Division of Oncology, Department of Medicine, Stanford University, Stanford, CA, USA; Stanford University, Palo Alto, CA, USA

Bevezetés: A sejtmentes keringő DNS (cfDNA) vizsgálata agresszív lymphomákban alkalmasnak bizonyult a betegség noninvazív genetikai profilozására és nyomon követésére. Follikuláris lymphomában (FL) azonban nem rendelkezünk elegendő adattal a cfDNA-ból végzett noninvazív mutáció profilozás diagnóziskori, valamint a körlefolyás során végzett reziduális betegség (MRD) monitorozással kapcsolatos érzékenységről. Kutatásunk során a Phased Variant Enrichment and Detection Sequencing (PhasED-Seq, Kurtz et al. Nat Biotech. 2021) alkalmazhatóságát vizsgáltuk első vonalban kezelt FL-es betegek körlefolyása során.

Betegek és módszerek: 61 FL-lel diagnosztizált beteg 298, diagnózis idején vett szövetmintáját, valamint körlefolyás során vett cfDNA mintáit vizsgáltuk PhasED-Seq szekvenálással az egy szakaszon elhelyezkedő variánsok (PV) azonosítása és nyomon követése érdekében.

Eredmények: A betegek 75%-a előrehaladott stádiumban került diagnosztizálásra, 66%-uk rituximab, bendamustin, míg 26% rituximab, ciklofoszfamid, do-

xorubicin, vinkrisztin, prednizolon kezelésben részesült. Huszonhárom hónap medián követési idő mellett a betegek 11%-a progrediált 24 hónapon belül (POD24). A szövetmintákból valamennyi vizsgált betegnél (61/61) azonosíthatóak voltak a PV-k (medián 530, IQR: 285–1152), lehetővé téve a ctDNA alapú MRD monitorozást. A kezelés előtti medián ctDNA szint 0,28%-nak adódott, mely szignifikánsan magasabb volt előrehaladott stádiumú betegség esetén (I/II. stádium, 0,04%, III/IV. stádium, 0,53%, $P = 0,006$) és korrelált a FLIPI pontszámokkal is ($P = 0,04$). A ctDNA szint várható túléléssel mutatott összefüggését vizsgálva két terápiás ciklus után (C3D1), a reziduális ctDNA kimutatása szignifikáns összefüggést mutatott a progresszióig eltelt rövidebb idővel (log-rank $P = 0,03$ HR = 8,9), továbbá a radiológiai remisszió alatt vett cfDNA mintákból akár a betegség klinikai progressziójánál két évvel korábban detektálható volt az MRD pozitívvá válás.

Következtetés: A ctDNA elemzése PhasED-Seq segítségével megvalósítható FL-ben és a jövőben hozzájárulhat a betegség kezelésre adott válaszához, valamint a relapszusok korai detektálásához az MRD érzékeny monitorozásán keresztül.

8. HYPOGLYKAEMIA- ÉS ARRHYTHMIAKOCKÁZAT

Békeffy M.¹, Körei A.¹, Domján B.¹, Horváth V.¹, Kempler P.¹, Tabák Á.^{1,2,3}

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai

²Semmelweis Egyetem, Népegészségtani Intézet, Budapest

³UCL Brain Sciences, University College London, London, Egyesült Királyság

A 40 éves életkor alatt inzulinkezelésre kerülő, túlsúlyos, családjukban generációkon keresztül előforduló cukorbetegség kórtörténetével rendelkező betegek esetében felmerül MODY fennállásának lehetősége is, amely a beteg számára sokszor inzulin nélkül is egyensúlyban tartható szénhidrát-anyagcserét jelent. Esettanulmányunkban olyan inzulinterápiában részesülő beteg kórtörténetét mutatjuk be, ahol a klinikai adatok alapján felmerült MODY lehetősége, de az aktuális státusz az inzulinkezelés orális antidiabetikus kezelésre módosítását halasztotta.

46 éves betegünk várandóssága (2012) alatt diagnosztizált cukorbetegsége óta inzulinkezelést kap, amit 2021-ben semaglutid terápiával egészítettek ki nem megfelelő anyagcserestátusz (HbA1c 7,1%) és testtömegfelesleg (BMI: 31 kg/m²) miatt. Klinikai vizsgálatára panaszokat okozó, halmozódó kamrai extraszisztolék (VES) miatt került sor. Holter EKG-vizsgálattal az összes ütés mintegy 10%-a monomorf, izolált VES volt. Ezt magyarázó ioneltérés, pajzsmirigybetege, strukturális szívbetegség, koszorúérbetegség nem igazolódott, ugyanakkor a kamrai ES-ek hypoglykaemia

alatt kapcsolatosan jelentkeztek. Mikrovaszkuláris szövődménye nem volt. Az Exeter MODY kalkulátor a betegség diagnózisát 4,6%-os valószínűségre becsülte, azonban a magas C-peptid (1,29 µg/l; 427 pmol/l) szint a diagnózis esélyét jelentősen emeli. Az inzulin-dózisok 17%-os csökkentése és béta-blokkoló kezelés mellett a hypoglykaemiák és a VES-ek száma is mérészködött, azonban szulfonilurea kezelés bevezetésének kísérlete során ismételt hypoglykaemia jelentkezett, mely tüneteket okozó extraszisztolával járt, így a terápiamódosítást halasztottuk. Mindemellett az inzulinkezelés módosított dózisa mellett a szénhidrátanyagcsere elfogadható maradt semaglutid alkalmazására nélkül is.

Esetünk egyrészt rávilágít a MODY gyanújakor szükséges pontos anamnéziszfelvétel és a kiegészítő vizsgálatok elvégzésének jelentőségére. Másrészt felhívja a figyelmet, hogy fiatalkori diagnózisú diabetes mellitusban – szemben az 1-es típusú cukorbetegségben tapasztaltakkal – a hypoglykaemia az arrhythmia kockázatát növelheti, így az esetleges terápiamódosítást fokozott óvatossággal szükséges elvégezni.

9.

MALIGNUS RENINOMA

Bényei E.¹, Rempert Á.², Katonai Z., Töke J.¹, Piros L.², Illés A.¹, Nagy P.³, Kósa J.¹, Lakatos P.¹, Tóth M.¹

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

³Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

Bevezetés: A reninoma, másnéven a juxtaglomeruláris apparatus tumora a veseglomerulusok afferens artérioláinak juxtaglomeruláris sejtjeiből kiinduló, renintermelő, rendszerint benignus elváltozás, a szekunder hyperaldosteronismus ritka oka. Mindezidáig mintegy 200 reninomás esetet közöltek, ezek közül pedig mindössze 5 betegnél került leírásra szövettanilag igazolt áttét.

Esettanulmány: Jelen esettanulmány egy 26 éves férfibeteg terápiarezisztens hypertóniájának és hypokalaemiájának hátterében igazolódott hyperreninaemiás hyperaldosteronismus (1972) kórtörténetét mutatja be. A betegnél a kórlefolyás 16. évében terápiás javuláshoz nem vezető bal oldali adrenalectomia történt (1988). A kórlefolyás 32. évében kimutatott és eltávolított jobb oldali vesetumor patológiai vizsgálata reninomát igazolt (2004). 10 év normotóniás, tumormentes állapotot követően, a bal vese neoplasticus elváltozásának szelektív eltávolítása során szintén reninoma igazolódott – az immunhisztokémiai reakciók egyértelmű renin-pozitivitás mellett diffúz CD34 pozitívást jelez-

tek (2015). A krónikus veseelégtelen férfibeteg 2 év rendszeres haemodialysis kezelést követően sikeres vese-transzplantáción esett át (2017). Ezt követően 6 évvel, rutin hasi ultrahangvizsgálaton a májban és a lépben solitaer solid terimék mutatkoztak, amely utóbiból történt biopsziás mintavétel szövettani feldolgozása megerősítette a reninoma áttétjének diagnózisát – azonos immunhisztokémiai eredmények mellett (2023). A szövettani feldolgozás során igazolódott új eredmények, a p-mTOR és p-Ser-473Akt expresszió alapján az immunosuppresszánsként alkalmazott mTOR gátló kezelés személyre szabására is lehetőség nyílt. A 78 éves beteg jó szomatikus és mentális állapotára tekintettel, az onkoteamünk metasztatizectomiát javasolt. Szövődménymentes atípusos májreszekciót és splenectomiát végeztünk (2024). Zavartalan posztoperatív időszakot követően a beteg fenntartott immunosuppressziós kezelés mellett, kontroll képalkotó vizsgálatok alapján aktuálisan tumormentes. Teljes genom szekvenálás során csírasejtes ARMC5 és szomatikus TERT, KMT2B és NCOR1 mutációk kerültek azonosításra, amelyek jelentősége tisztázásra vár.

Következtetés: Esetleírásunk a hyperreninaemiás hyperaldosteronismus egyik legkritikább okát, a vese renintermelő tumorát képviseli. Bár a megtevesztően lassú kórlefolyás során észlelt kétoldaliság örökleteséget sugall, ezt a teljes genom újgenerációs szekvenálása nem tudta meggyőzően alátámasztani.

10.

REFRAKTER COELIAKIA. ESETISMERTETÉS

Birtalan K.¹, Csikós D.¹, Izer J.¹, Takács E.¹, Taller A.¹

¹II. Belgyógyászati Osztály, Budapesti Uzsoki utcai Kórház, Budapest

Bevezetés: A coeliakia a magyar populáció kb. 1%-át érinti. A gluténra kialakult immunválasz elsovasztja a vékonybél bolyhait, mely idővel rendeződik jól tartott gluténmentes diéta mellett. Refrakter coeliakiában az intraepithelialis lymphocyták (IEL) aktívak maradnak még glutén mentes étrend mellett is és immunosuppresszív terápia válik szükségessé.

C 30 éves nőbetegnél 2020-ban coeliakiát diagnosztizáltak (MARSH 3B boholyatrophia és pozitív szerológia), diéta mellett állapota rendeződött. 2023 decemberben hospitalizálták hasi fájdalom, nagy fokú fogyás és nem szűnő hasmenés miatt. Kolonoszkópia és széklettenyésztések alapján etiológia nem volt felderíthető, coeliakia szerológia negatív lett. Laborban emelkedett amilázt, lipázt és szupprimált TSH-t találtak, így pancreatitist és hyperthyreosist véleményezve, kezelését megkezdték és emittálták. Emittálás után hasmenés nem szűnt, súlya is tovább csökkent, ekkor vettük fel osztályunkra (170 cm, kb. 37 kg, BMI 12,8). Laborban normocyter anaemiát, emelkedett májenzimeket, hypoproteinaemiát és nephrotikus mértékű proteinuriát (kb. 3 g/nap) detektáltunk. Duodenum biop-

sziában totális boholyatrophia (MARSH 3C), vesebiopsziában IgA nephropathia igazolódott. A coeliakia szerológia ismételt negatív lett. Refrakter coeliakia gyanúval a bélrendszeri szövettani mintákat tovább vizsgálva az IEL-k kóros fenotípust vagy TCR génátrendeződést nem mutattak, így az 1-es típusú refrakter coeliakia diagnózisa került felállításra. Budesonide terápia mellett az IEL-k eltűntek, bolyhok rendeződtek, súlya emelkedésnek indult, és a proteinuria is megszűnt.

Következtetés: Refrakter coeliakia 1-es típusa esetében az IEL-k glutén nélkül is aktívak maradnak, de kóros immunfenotípussal vagy TCR génátrendeződéssel nem rendelkeznek. 2-es típusban az IEL kóros fenotípust és/vagy monoklonális TCR génátrendeződét mutatnak és a betegek komolyabb immunszuppresszióra szorulnak. A betegségspektrum legrosszabb formája amikor az IEL-k malignizálódnak és T-sejtes lymphoma (EATL = Enteropátia Asszociált T-sejtes Lymphoma) jön létre, mely már hematológiai kezelést tesz szükségessé. A coeliakia extraintestinalis manifesztációi közé tartozik a hepatitis, pancreatitis és IgA nephropathia, mely esetünkben is megtalálható volt. Igazolt coeliakiás betegnél, negatív szerológia mellett, ha ismételt IEL-lal járó boholyatrophia jelenik meg, akkor merüljön fel a refrakter coeliakia lehetősége.

11. A NEUROPATHIÁS KÁROSODÁS ÉS A KOMPLEX METABOLIKUS ÁLLAPOT FELMÉRÉSE CGM ALKALMAZÁSA MELLETT VAGY ANNAK HIÁNYÁBAN 1-ES TÍPUSÚ DIABETESBEN

Bordács B.¹, Kupai K.¹, Valkusz Z.¹, Várkonyi Á.², Nyiraty S.¹, Lengyel C.¹, Kempler P.³, Várkonyi T.¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvosi Kar, Belgyógyászati Klinika, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem, Fogorvostudományi Kar, Szeged

³Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

Bevezetés: A glükóz folyamatos monitorozása (CGM) jelentős eszköz a szénhidrát-anyagcsere javításában, azoknál, akik intenzív inzulinkezelésben részesülnek, azonban annak hatása a diabetes szövődményeire még kevésbé ismert. Vizsgálatunkban 1-es típusú diabeteses (T1DM) betegekben mértük a perifériás szenzoros és a kardiovaszkuláris autonóm neuropathiát, felmértük a komplex metabolikus állapotot, majd összevetettük ezeket CGM alkalmazása mellett vagy annak hiányában.

Betegek és módszerek: 28 T1DM-es férfi (életkor: 41,3±2,65 év, DM időtartama: 22,26±2,66 év, HbA1c: 8,28±0,19 %; átlag±SE) és 33 T1DM-es nő (életkor: 42,39 év±1,99 év DM tartam: 22,71±1,65 év, HbA1c: 7,79±0,25%; átlag±SE) vett részt a vizsgálatban. A betegek közül 24 fő rendelkezett CGM-mel, 37 fő pedig nem. A perifériás szenzoros funkciót Neurometer és kalibrált hangvilla felhasználásával vizsgáltuk a

felső és az alsó végtagon. Kardiovaszkuláris reflextesztek segítségével mértük fel az autonóm neuropathia mértékét. A metabolikus állapotot triglicerid, HDL, LDL és összcholeszterin, HbA1c meghatározásával jellemeztük. A betegekből két csoportot képeztünk a CGM használat alapján.

Eredmények: Mind a neurométerrel, mind a kalibrált hangvillával a vastagrost funkció esetében szignifikáns különbséget találtunk CGM-et használók, illetve nem használók esetében: n. medianus 2000 Hz érzetküszöb: 224,4±/-21,2 vs. 290,6±/-17,7, p<0,05), kalibrált hangvilla vizsgálat a radiuson: 7,4±/-0,13 vs. 7,05±/-0,11, p<0,05, illetve a halluxon: 7,17±/-0,15 vs. 6,1±/-0,26, p<0,05, CGM-et használók vs nem használók). A kardiovaszkuláris reflextesztek tekintetében valamennyi érték kisebb károsodást mutatott a CGM-et használó egyéneknél, a Valsalva-hányados (VH) esetében pedig szignifikáns volt a különbség: (1,38±/-0,06 vs. 1,27±/-0,04, p<0,05). Szignifikánsan eltértek a CGM-et használók és CGM-et nem használók triglicerid (0,89±/-0,08 vs. 1,24±/-0,12 mmol/l, p<0,05), HDL-choleszterin (1,69±/-0,07 vs. 1,45±/-0,06, p<0,05 mmol/l) és HbA1c (7,5±/-0,18 vs. 8,25±/-0,27%, p<0,05) értékei.

Összefoglalás: Vizsgálataink szerint a CGM-et használó T1DM betegek esetében a kardiovaszkuláris autonóm funkció, illetve a felső és az alsó végtagi vastag szenzoros kevésbé kifejezett károsodása igazolható. A CGM használat nem csupán a HbA1c vonatkozásában, hanem számos lipid paraméter esetében is előnyt jelenthet a betegek számára. Felvetődik, hogy a folyamatos glükózmonitorozás jótékony hatással bírhat mind a micro-, mind a macrovascularis szövődmények megelőzése szempontjából.

A pályázatot támogatta: ÚNKP-23-5 -SZTE-691 (Kupai K.) and Bolyai János posztdoktori ösztöndíj (Kupai K.; bo_683_21).

12. MELLÉKPAJZSMIRIGY- ÉS PAJZSMIRIGY- CARCINOMA RITKA EGYÜTTES ELŐFORDULÁSA – ESETISMERTETÉS

Christofi A.¹, Iványi G.¹, Valkusz Z.¹

¹SZTE ÁOK Belgyógyászati Klinika, Endokrinológia Osztály, Szeged

53 éves férfibeteg 2023 decemberben járóbetegként kereste fel endokrinológia ambulanciát gravis hypercalcaemia miatt. Laborban 3,43 mmol/l szérumkalciumszint, emiatt osztályos felvételre került. Extrém magas parathormonszint alapján primer hyperparathyreosis, vizeletkalcium-ürítés szintén emelkedett. Parenterális hidrállás, valamint intravénás zoledronsav biszfoszfónát kezelést követően a kalciumszint csökkent. DEXA vizsgálat készült. Pajzsmirigy-ultrahangvizsgálaton göbös struma. Pajzsmirigy-szcintigráfián a bal lebenyben hideg göb, emiatt citológiai mintavétel történt, malignitás nem igazolódott. Mellékpajzsmirigy

szcintigráfián nagy méretű mellékpajzsmirigy adenoma. Januárban Sebészeti Klinikán bal oldali total, jobb oldali subtotal thyreidectomiát végeztek, a bal oldali mellékpajzsmirigy adenoma eltávolításával. Az operatív szövettan 45 mm-es mellékpajzsmirigy-carcinómát, mutatott ki, pajzsmirigyre terjedéssel, illetve jobb oldali pajzsmirigylebeny resecatumból klasszikus típusú papillaris pajzsmirigy carcinómát. A mellékpajzsmirigy-carcinoma egy ritka endokrin rosszindulatú daganat, amely a szórványos primer hyperparathyreosis kevesebb mint 1%-áért felelős. Extrém ritka előfordulása okolható amiatt, hogy egyelőre nincs elégséges tapasztalat terápiás és diagnosztikus protokollok létrehozásához.

13.

„MELYIK UJJAMAT HARAPJAM?” – AVAGY A VÉRALVADÁSGÁTLÓ KEZELÉS KIHÍVÁSAI COVID-19 MEGBETEGEDÉSBEN – ESETBEMUTATÁSOK

Csintalan Z.¹, Papp V.², Stefán Á.³

¹Belgyógyászati osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan

²Belgyógyászati osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan

³Radiológiai Osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan

COVID-19 megbetegedés során több tanulmány igazolta, hogy ezen betegkörben szignifikánsan emelkedett a thromboemboliás események incidenciája. Paradox módon a vézésre való hajlam is. 2023. december és 2024. február közötti időszakban négy osztályunkon kezelt, véralvadásgátló terápiában részesülő betegnél alakult ki szövődményként haematoma. A betegek a közelmúltban COVID-fertőzésen estek át.

- 62 éves, HD-kezelés alatt álló vesetranszplantált betegünk láz, pneumonia miatt került felvételre. Hospitalizáció 14. napján hirtelen erős, bal hypochondriumra lokalizált fájdalom, duzzanat, anaemizálódás észlelhető. Hasi CT-vizsgálat során a hasfal bal oldalán, az izomrétegek között 54x41x80 mm-es haematoma igazolódik. Konzervatív terápia folytatása mellett születik döntés.
- 70 éves szintén regularis HD-kezelt nőbeteg, aki láz, Covid-pneumonia, septicaemia miatt kerül felvételre. LMWH indul. Hospitalizáció 4. napján bal alsó végtagot emelni nem tudja, bal lágyékhatáiban szúró fájdalom, bal comb elülső felszín zsibbadásérzése jelentkezik. CT-leletből kiemelendő a bal m. psoas és m. iliacus kifejezett kiszélesedése, elmosódott szerkezete; utóbbi izomban 50x30x70 mm haematoma gyanús eltérés ábrázolódik. A bal oldalon kiterjedt retroperitonealis folyadékgyülem. Konzervatív terápiát folytatunk. 6. napon a beteg anaemizálódik, hasi státusz progrediál, a bal hypochondri-

umban nyomásérzékeny rezisztencia. Sebészi opus történik.

- 79 éves pitvarfibrilláló, a közelmúltban stroke-on átesett férfibeteg pneumonia és cardialis decompensatio miatt kerül felvételre. LMWH és clopidogrel szerepel gyógyszerelésben. Hospitalizáció 6. napján heves, jobb hasfélre lokalizált fájdalom, nagy méretű, nyomásérzékeny terime, anaemizálódás. CT jobb oldalon a retroperitoneumban 130x90x200 mm-es haematómát lát. Haematoma evacuatiót végeznek.
- 75 éves nőbeteg. Pitvarfibrilláció, láz miatt hospitalizáció, LMWH és clopidogrel terápiában részesül. 6. napon hirtelen, erős, bal iliaca régióra lokalizált fájdalom, tapintható terime, anaemizálódás jelentkezik. CT során bal oldalon retroperitonealisan 90x90x190 mm-es haematoma kerül leírásra. Sebészetten konzervatív terápiát folytatnak. A haematoma korai felismerése, amelyben a kontrasztanyag CT gold standard vizsgálómódszer, optimálisan megválasztott, gyors kezelést tesz lehetővé, ezáltal a mortalitást csökkentheti.

14.

COVID INDUKÁLT 1-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉG GYORS REMISSZIÓJA ELLENÉRE KIALAKULT DIABETESES SZÖVŐDMÉNYEK

Czégeni A.¹, Schandl L.¹, Polyák A.¹, Majláty B.², Kelemen K.², Kührner B.², Kis J.I., Winkler G.¹

¹Észak-budai Szent János Centrumkórház,

II. Belgyógyászat – Diabetológiai Osztály, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Budapest

Bevezetés: Esetünket multidiszciplináris vonatkozásai és az eltérések atípusos jellege miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek. Súlyos vírusinfekció kapcsán manifestálódó cukorbetegség viszonylag gyakori szövődmény, de 1-es típusú cukorbetegségre jellemző autoantitestek megjelenése kevésbé szokványos. A szakirodalomban több közlemény fellelhető Covid indukált 1-es típusú cukorbetegségről, de ennek magyarázata nem ismert, és a rutinszerű szűrés hiánya miatt gyakorisága sem megítélhető. Esetünknel észlelt gyors remissziós hajlam alátámasztja a cukorbetegség reaktív jellegét. A diabeteses szövődmények korai kialakulása és halmozott előfordulása szintén megerősíti a vírusos eredet gyanúját. Perifériás szenzoros neuropathia jellemzően hosszú diabetestartam esetén alakul ki.

Esetleírás: Egy 56 éves nőbetegnek a típusos neuropathiás panaszok a diagnózist követően 1 éven belül jelentkeztek jó anyagcserekontroll ellenére, ami képpen nem magyarázható kizárólag diabeteses eredetű idegrostkárosodással. Retinopathia kialakulása szintén több éves diabetestartam esetén várható. Betegünk látásromlása mégis egy éven belül kezdődött, hátteré-

ben szemészeti vizsgálat diabeteses maculopathiát és üvegtesti vérzést, non proliferatív retinopathiát véleményezett. A hyporeninaemiás hypoaldosteronismus a cukorbetegség kevésbé ismert „apró betűs” szövödménye. Ortosztatikus hypotonia és hyperkalaemia hívhatja fel a figyelmet a kialakulására. Jellemzően diabeteses nephropathia esetén alakulhat ki, hátterében a juxtaglomerularis apparatus károsodása valószínűsíthető. Esetünkben a rövid diabetes tartam és nephropathia hiánya a diabeteses eredet ellen szól. A posturalis teszt egyértelműen igazolta a hypoaldosteronismust, és mineralokortikoid pótlása után a beteg kollaptiform rosszullétei teljesen megszűntek.

Következtetés: Súlyos vírusinfekció akcelerálhatja a diabeteses szövödmények kialakulását, azok korai megjelenéséhez és halmozott előfordulásához vezethet. Ortosztatikus hypotonia kivizsgálása során indokolt lehet hypoaldosteronismus kizárása.

15. VAJON MI ÁLL A DIABETES MELLITUS HÁTTÉRÉBEN?

Czékus C.¹

¹SZTE ÁOK Belgyógyászati Klinika, Endokrinológia Osztály, Szeged

Az eset egy jellegzetes klinikai tüneteket mutató ritka kórkép életútját mutatja be. A diagnózis gyakran 10 évet is késik, mely sajnos itt is látható volt. A hypophysisdaganatok között a prolactinoma után a második leggyakoribb a GH termelő pit NET. 1984-ben született nőbetegnél 2015-ben gyermekkori proteinuria és haematuria miatt nefrológiai kontroll során diabetes mellitus igazolódott. 1 év múlva 32 évesen amenorrhoea miatt nőgyógyászat észleli, mely hátterében utóbb magas, prolaktin 2390 mIU/l szint igazolódott. 2017-ben kéztőalagút szindróma műtéti megoldását követően felborult szénhidrát-anyagcsere miatt Diabetológiai Osztályra vették fel. Linagliptin és metformin fix kombinációt állítottak be, amely mellett 3 hónap múlva HgbA1c: 6,8%. 2022 májusában poliuria, poldypsia, palpitiatio, gyengeség miatt SBO-s észlelés, majd szeptemberben Endokrinológiai Osztályos felvétele történt romló szénhidrát-anyagcsere miatt. Az acromegaloid küllem, extrém hyperglykaemia (éhomí vércukor: 33,9 mmol/l, HgbA1c: 17,4%), hyperprolactinaemia, centralis hypogonadismus és secundaer amenorrhoea okán acromegalia gyanúja merült fel. IGF-1: 513 ng/ml, hGH >40 ng/ml. Sella MRI: 26 x 25 x 26 mm nagyságú suprasellarisan is terjedő terime, amely jobb oldalon a sinus cavernosusba is terjed, az arteria carotis internát körbeveszi. 2022. 10. 08. transzphenoidais felhatalásból hypophysis adenomektomia történt. Szövetana agresszívebb altípusú ritkán granulált somatotroph pitNET-et igazolt.

16. IMMUNBETEGSÉGNEK ÁLCÁZOTT KÓRKÉP(EK) KÁLVÁRIÁJA

Czirok S.¹, Szász M.¹, Rottek J.²

¹Budapesti Szent Margit Kórház, II. Belgyógyászati osztály, Nefrológiai és Immunológiai szakambulancia, Budapest

²Országos Onkológiai Intézet, Hematológia és Lymphoma Osztály, Budapest

Szokatlan tünetek vagy tünetek szokatlan társulása esetén fel kell, hogy merüljön az immunológiai, az infektológiai vagy a malignus eredet. Ha immunbetegséget véleményezünk, a fő morbiditási tényezők ellátása mellett, a „góckutatást” is el kell kezdeni, mert gyógyszerre csak az alapbetegség kezelése adhat esélyt. Néha egy alternatív kórkép igazolása hosszadalmas és nehéz, ezért esetismertetésünk kapcsán az evidens diagnózist megingató jelekre szeretnénk felhívni a figyelmet. A 68 éves férfibeteget tüdőgyógyászaton recidiváló kétoldali hydrothorax miatt vették gondozásba. Staging CT során pleurális és perikardiális folyadék mellett, kétoldali elmosódott veseparenchymát, pararenális zsírszöveti infiltrációt és a csontok többségében szklerotikus gócot detektáltak. PET-CT malignitásra nem volt típusos. A radiológiai eltérések miatt a beteg nefrológiai kivizsgálását kérték. A betegnél semmilyen funkcionális veseeltérést nem tudunk igazolni. Klaszszifikálható szisztémás immunbetegséget a klinikum, az immunszerológia és a PET-CT képe nem támasztott alá, de látens infekció vagy malignus folyamat sem volt kimutatható. A csontléziók MRI-vel nem voltak karakterizálhatóak. A szokatlan tünetegyüttes alapján felmerült a non-Langerhans sejtes histiocytosis (Erdheim-Chester Disease, ECD) diagnózisa. Egy korábbi pleurapunktátumban leírt histiocyta sejtszövet alapján ez lehetségesnek tűnt, ezért hematológus kollégák segítségét kértük. A csontvelő-mintavétel nem igazolta a felvetést, de azért a patológus kollégák egy korábbi pleurodézis mintáját is bekérték genetikai analízisre, amely hosszabb időt vett igénybe. A pleurális folyadékból flow-citometria negatív volt, illetve a perirenális zsírszövet biopsziája sem volt informatív. Időközben a betegnél egy progresszív obliteratív verőérbetegség is megjelent, ezért általános állapot gyengülése, többszervi érintettség és adaptív immunitás zavarára utaló eltérések miatt, SLE indikációval, kezelését kezdtünk. Vesebiopszia a vese immunbetegségét kizárta. Sikertelen csontbiopsziát szervezni, amelynek értékelése egyeztetve a pleuraminta genetikai mutációanalízisével alátámasztotta az ECD diagnózist. A beteg gondozását hematológus kolléga folytatja. Szisztémás immunbetegségnek imponáló tünetek mellett néha nagy kihívás a valós etiológia kimutatása. De amennyiben fennáll a gyanú, hogy egy kórkép nem úgy zajlik, ahogyan várnánk, keresnünk kell az alternatív diagnózisokat.

17. A BETEGEGYÜTTMŰKÖDÉS JELLEMZÉSE A KLINIKAI SÚLYCSÖKKENTŐ PROGRAM SORÁN

Daradics P.¹, Bajnok L.¹

¹Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ
I. sz. Belgyógyászati Klinika

Az elmúlt négy évtizedben az obesitas prevalenciája majdnem a háromszorosára növekedett világszerte; Magyarországon az Európai Unió tagállamai között a legmagasabbak között van ennek az értéke. Kezelése jelenleg csaknem egészében életmódi, jelentősen lemaradva más civilizációs betegségek gyógyszeres kezelésétől. Kutatásunk során arra kerestük a választ, hogy a való életben, a hazai járóbeteg ellátás keretei között milyen mértékben valósítható meg hatékony obesitaskezelés. Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, I. számú Belgyógyászati Klinika Endokrinológia és Anyagcsere szakrendelésén első megjelenést követően azon betegeket követtük prospektíven, akiknél a súlyfelesleg elsődleges probléma volt és az egyeztetett cselekvési tervet elfogadták. Dietetikus kiszámította az indulási étrendi napló tükrözte, önfelmérés szerinti napi kalóriabevitelt, majd ezt összevetettük a Harris–Benedict-képlet által megállapítható kalóriagigénnyel. A kettő különbsége számottevő, 32%-os volt, alapvetően az étrendi naplók torzítását jelezve. Az utánkövetés során felmértük a betegek együttműködését, valamint az egy év távlatában elért súlycsökkenésüket, statisztikai módszerekkel elemezve ezek összefüggéseit a nemhez, életkorhoz és kiindulási súlyhoz viszonyítva. Betegeinkre az alacsony szintű kooperáció volt jellemző. Az első fél évben a bevontak 67%-a nem jött kontrollvizsgálatra. Az adherencia meghatározására kidolgozott 1-től 5-ig terjedő pontrendszer szerint a 186 résztvevő közül 112 (60%) kapott 1-es, 22 (12%) 2-es, 13 (7%) 3-as, 16 (9%) 4-es és 23 (12%) pedig 5-ös osztályzatot. Az osztályzatok megoszlásában a nemek, az életkor és a kiindulási súly szempontjából nem volt szignifikáns különbség. A szabályosan megjelenő betegek egyéves súlycsökkenési eredményeit tekintve hármójuk esetében 5% csökkenést sem lehetett detektálni, 9 beteg 5–10% közötti és kettő 10%-nál nagyobb csökkenést tudott teljesíteni. Mindezek alapján arra következtethetünk, hogy a súlyfelesleggel terhelt betegek elkötelezettsége – legalábbis a medikalizált formában lehetséges ambuláns – súlycsökkentő életmódi program iránt alacsony, ami a korlátozott együttműködésben és a randomizált vizsgálatoknál alacsonyabb hatékonyságban nyilvánul meg. Az életmódi adherenciát is javíthatja a gyógyszeres lehetőség korai ismertetése, de bevezetésével célszerű várni az életmódkezelés hatásának mérhetővé válásáig.

18. SZÚNYOGCSÍPÉS OKOZTA ELEKTROLITZAVAR?

Dömötör A.¹, Dunás-Varga V.¹, Princz D.²,
Sándor B.³, Gajdán L.¹, Müller Z.³, Izbéki F.¹

¹Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi
Oktatókórház, I. Belgyógyászati Osztály,

²Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi
Oktatókórház, Neurológiai Osztály, Székesfehérvár

³Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi
Oktatókórház, Infektológiai Osztály, Székesfehérvár

Esetbemutatásunk során egy 81 éves, emlőrákból komplex kezeléssel gyógyult, magasvérnyomás miatt kezelt és myasthenia gravis miatt immunszuprimált nőbeteg visszatérő hyponatraemiás epizódjait és a mögöttes feltehető okokat mutatjuk be. A hyponatraemia a kórházba felvett betegek akár 15–20%-ában is előforduló gyakori elektrolit- és folyadékháztartás zavar, aminek felosztása az ioneltérés mértéke és az általa okozott klinikai kép súlyossága alapján történik. Első alkalommal a beteg hányinger, hányás, hasmenés miatt jelentkezett Kórházunk Sürgősségi osztályán, ahonnan hyponatraemia miatt került felvételre osztályunkra. A kórkép hátterében ekkor a legvalószínűbb/leggyakoribb okokat virális enteritis és gyógyszer mellékhatást (indapamid) véleményeztük. Parenterális folyadék- és elektrolitpótlás mellett állapota gyors ütemben javult, és otthonába bocsátottuk. A beteg rövid időn belül ismételt jelentkező kórházunkban hányinger, hányás, láz, fejfájás miatt. Felvételi laborparamétereiben ismételt alacsony nátrium- és káliumszinteket találtunk, alacsony fehérvérsejt szám, normális CRP értékkel. A láz fertőzéses eredetének kutatása során a szokásos mikrobiológia vizsgálatok annak okát nem mutatták. A beteg mentális állapota hanyatlott, aluszékonnyá vált. Tekintettel romló neurológiai státusára, a láz hátterében bakteriális fertőzésre nem utaló laborparaméterekre és a myasthenia gravis kezelésére alkalmazott micophenolate mofetilre, neuroinfekció gyanúval ideggyógyászati konzíliumot kértünk. Koponya-CT atrófián kívül eltérést nem mutatott. A liquor és ezzel párhuzamosan levett vérminták laboratóriumi vizsgálata (emelkedett liquor sejtszám, fehérjemennyiség, liquorcitológia) vírusos meningoencephalitist mutatott. A Nyugat-nílusi vírus elleni IgM pozitivitás és a korábbi leletek alapján a klinikai kép hátterében Nyugat-nílusi láz igazolódott. Szupportív kezelés, agynyomáscsökkentés, antibiotikumkezelés ellenére a beteg állapota fokozatosan romlott, majd elvesztettük. Az eset aktualitását a hazánkban is – Fejér vármegyében különösen – egyre gyakrabban előforduló szúnyogcsípés által terjedő járványos betegségekre a Nyugat-nílusi lázra felhívjuk a figyelmet. A 48 órán túl is fennálló (krónikus) enyhe-, közepesúlyos hyponatraemia hátterében, különösen kifejezett neurológiai tünetek esetén, Nyugat-nílusi vírus fertőzésre is érdemes gondolni.

19.

ANAEMIA DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI KÉRDÉSEI MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ ELŐTT EGY FIATAL, MÁJCIRRHOISISBAN SZENVEDŐ NŐBETEG KAPCSÁN – ESETBEMUTATÁS

Egresi A.¹, Drác B.¹, Morar A.¹, Czompa D.¹, Gerlei Z.¹, Hagymási K.¹, Farkas P.², Fekete B.², Werling K.¹, Szijártó A.¹

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

²Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

A vérszegénység a krónikus májbetegségek gyakori jellemzője. Bár a vérszegénység fő oka ezekben az állapotokban a gyomor-bélrendszeri vérzés és a vashiány, differenciáldiagnosztikai szempontból azonban a haemolysist is figyelembe kell venni. A cirrhosisban szenvedő betegek több mint felében kimutatható haemolysis, etiológiától függetlenül. Az autoimmun hepatitis (AIH) keringő autoantitestek jelenléte és hipergammaglobulinémia jellemzi. 22 éves, autoimmun hepatitisben szenvedő, parenchymasan és vascularisan decompensált cirrhosisos nőbetegünk (Child 9, MELD – Na: 18) a májtranszplantáció előtti Fázis I vizsgálatokat megkezdte. A kivizsgálás során a laborleletek felvették haemolyticus anaemia lehetőségét. A haemolysis biokémiai mutatói (RBC: 2,96 T/l, hgb: 96 g/l, htk: 0,28 L/l, haptoglobin: 0,15 g/l, LDH: 335 U/l) mellett a direkt antiglobulin teszt hidegen reagáló antitestek jelenlétét mutatta ki. Az elvégzett vizsgálatok alapján valószínűsíthető volt a komplement rendszer aktiválódása. A vörösvérsejtekről nyert eluátumban vörösvérsejt ellenes irreguláris antitestet nem mutattak ki. Immunohaematológiai vélemény értelmében a betegnél aktív autoimmun haemolyticus anaemia fennállása nem igazolódott. A májtranszplantációnak hematológiai kontraindikációja nem állt fenn. Így a betegnél folytattuk a májtranszplantációra való felkészülést. A klinikai gyakorlatban gondolni kell autoimmun haemolyticus anaemiára májbetegségben szenvedő betegeknél, azonban fontos a haemolyticus anaemia egyéb mechanizmusait is szem előtt tartani a mindennapi munka során. Esetünk felhívja a figyelmet az anaemia differenciáldiagnosztikai nehézségeire májbetegknél.

20.

A FOLSAVSZINT HATÁSA A DNS-FRAGMENTÁCIÓRA ÉS A METILÁCIÓS MINTÁZATRA

Farkas E.¹, Bányai F.¹, Nagy Z.¹, Barták B.¹, Szakállas N.², Valcz G.³, Takács I.¹, Molnár B.¹

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizikai Tanszék, Budapest

³HUN-REN-SE, Transzlációs Extracelluláris Vezikula Kutatócsoport, Budapest

A folát mint esszenciális vitamin hozzájárulhat az egy szénatomos metabolizmus folyamatában az öregedés következtében fellépő betegségek megelőzéséhez. A DNS-károsodás fokozza az öregedést, ennek következtében a DNS hibajavító mechanizmusokkal és az epigenetikai módosításokkal a genomintegritás fenntartása alapvető fontosságú. A megfelelő folátellátottság csökkentheti a homocisztein szintjét, ekképp számos súlyos betegség kockázatát is. Célul tűztük ki, hogy a folátpótlás genomiális stabilitásra és DNS metilációra gyakorolt hatását összehasonlítsuk fehérvérsejtekben. K3-EDTA és STRECK stabilizált teljes vérmintákat (n = 10) gyűjtöttünk megemelkedett (>108, 72 nmol/l) és kontrollcsoportként alacsony (<25 nmol/l) folátszintű páciensektől. A sejten kívüli (sk) DNS és a homociszteinszint meghatározásához a plazma frakciót használtuk fel. Sűrűséggradiens-centrifugálással mononukleáris (M), granulocytá (G) sejteket választottuk el, melyekből Comet-assayt és LINE-1 pirosekvenálást végeztünk. A nagy dózisú folátbevitellel rendelkező betegek alacsonyabb homociszteinszinttel rendelkeztek, mint a kontrollcsoport tagjai. A foláthiányos csoportban a DNS-törés és a LINE-1 metiláció mérsékelt negatív korrelációt mutatott a monocytákban és granulocytákban egyaránt. A plazma skDNS szintje és a monocyták DNS fragmentáltsága szintén negatívan, de szignifikánsan (r = -0,6869, p = 0,0326) korrelált egymással 95%-os megbízhatósági szinten, míg a hyperhomocysteinaemiás (>15 µmol/l) betegekben a DNS törés szintje magasabb volt az alacsonyabb homociszteinszinttel (<15 µmol/l) rendelkezőkhöz képest. Összességében azt feltételezzük, hogy a csökkent LINE-1 metiláció magasabb DNS-törési szinttel jár mindkét fehérvérsejttípusban, és fordított összefüggés van a plazma skDNS-szintje és a monocyták DNS fragmentáltsága között.

21. TALPAKTÓL A SYPHILISIG. ESETISMERTETÉS

Farkas Z.¹, Taller A.¹, Takács E.¹

¹II. Belgyógyászati Osztály, Budapesti Uzsoki Utcai Kórház, Budapest

Bevezetés: A *Treponema pallidum* egy dugóhúzó alakú baktérium, amely ép hámrétegen nem képes áthaladni, levegőn/fertőtlenítő szerek hatására is gyorsan elpusztul. Hámsérülésen keresztül akvirálva a fertőzést, jellegzetes tünetes és tünetmentes időszakok váltakozásában nyilvánul meg. A transzmisszióstádiumtól függ, ám im. penicillinnel minden szakaszában gyógyítható. Esetismertetésünkkel arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy az STD lehet „véletlen melléklet”, amelyet más panaszok miatti kivizsgálás során a precíz fizikális vizsgálat és az azt követő célzott anamnézis-felvételnek köszönhetően kórismézhetünk.

Esetismertetés: A 39 éves férfit lázas állapot, egy hete progrediáló izületi- és mellkasi fájdalom, nehézlégzés miatt vizsgáltuk emelkedett gyulladásos paraméterekkel. Mellkasi CTA-vizsgálattal virális infekcióra utaló eltérések, hepatosplenomegalia, minimális pericardialis fluidum ábrázolódt, a tüdőembóliát kizártuk. Vállövi beszűkült mozgások hátterében többszörös traumatológiai vizsgálattal sem találtunk izomhúzdódon kívül eltérést. Bal oldali minimálisan megnagyobbodott, fájdalomtalan inguinalis nyirokcsomó, illetve bal talpon elszórtan elhelyezkedő roseiform plakkok felvetették STD lehetőségét. További vizsgálataink során a penis bőrén látható tömött tapintatú ulcus, és heteroanamnézis alapján a páciens párjánál egy éve megjelenő, visszatérő maculopapulosus kiütések tovább erősítették gyanúunkat, majd végül a szerológiai vizsgálatok syphilit igazoltak. A páciensnél zajló STD-vel párhuzamosan atípusos pneumonia fennállása egyértelműen nem volt kizárható, így mind a két infekciót lefedő azithromycinterápiát alkalmaztunk jó effektussal, majd a férfit és párját bőr- és nemibeteg gondozóba irányítottuk.

Következtetés: A korai syphilis növekvő előfordulási gyakoriságával világszerte számolnunk kell, ez alól nem kivétel Magyarország sem. Stádiumtól függően változatos tünetegyütteseket, bőrtüneteket figyelhetünk meg, mely utóbbi bőrelváltozások sokfélesége miatt „a nagy imitátor” néven is emlegetik. Fontos, hogy minden talpon jelentkező kiütés esetén, főleg fiatal férfiaknál, gondolnunk kell a syphilis lehetőségére.

22. NEM MINDEN AZ, AMINEK LÁTSZIK

Garam N.¹, Bertalan R.², Kovács Á.², Szűcs N.¹

¹Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

Klinikánk endokrinológiai ambulanciáján gondozott páciens kivizsgálása 17 éves korában kezdődött gynecomastia miatt. Anamnézisében 1 éves korában bal oldali here- és lágyéksér, majd 2009-ben phimosis miatti műtét szerepel, 2020-ban bal oldali appendix testis torsio miatt műtötték. 2022-ben jobb oldali herefájdalom miatt vizsgálták, antibiotikumkezelésben részesült. A Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinikáján történt első vizsgálatok mindkét oldalon almányira kiemelkedő emlőbimbókat, illetve 6–6 ml-es heréket észleltek. Ekkor elvégzett hormonvizsgálatok emelkedett LH-t (16,6 UI/L), felső normál értékű FSH-t (18,1 UI/L), illetve normális tesztoszteronszintet (25,8 nmol/l) igazoltak. 17-hidroxiporgeszteron szint, illetve a klinikum alapján congenitalis adrenalis hyperplasia kizárható volt. Ezt követően – mivel elsősorban Klinefelter-szindróma merült fel – megtörtént a gyermek kariotipizálása, amely a vizsgált sejtekben XX nemi kromoszómakészletet igazolt. Erre tekintettel a SRY gén meghatározása történt, FISH módszerrel, ami 46,XX ish. der(X)t(X;Y) (p22.3;p11.3)(SRY+)(20) igazolt. 18 éves korában került Klinikánk felnőtt endokrinológiai ambulanciájára, ahol Tanner szerinti A:2, P:3, illetve 5-6 ml-es testiseket észleltünk. Ekkorra a hormonleletek már egyértelműen hypergonadotrop hypogonadismust igazoltak, alacsony SHBG (8,6 nmol/L) melletti alacsony tesztoszteron- (4,57 nmol/L) és emelkedett FSH- (24,3 IU/L), LH (11,1 IU/L) szintekkel, és tesztoszteronpótlás indult. Hereultrahangon kisebb herék, mindkét oldalon extratesticularis terime ábrázolódt, ennek hátterében heretumort kizárták. Megkezdett hormonpótlás mellett a gynecomastia csökkent, a korábban tapasztalt erectilis diszfunkció megszűnt, jelenleg párkapcsolatban él. A 46,XX testicularis zavar, szerzői nevének de la Chapelle-szindróma egy rendkívül ritka szexuális differenciációs zavar, előfordulása 1:20 000-hez férfiakban. Az SRY gén, mely a férfi nemi fejlődésért felelős az édesapában lévő meiosis, rekombináció folytán átkerül az X kromoszómára. Esetükben gyakran cryptorchizmus jelentkezik, 90%-ban a külső genitáliákra a teljes virilizáció jellemző, mely miatt általában pubertás után fedezik fel leggyakrabban hypogonadismus, gynecomastia, infertilitás miatt. 10%-ban nem egyértelmű külső nemi jelek jelentkezhetnek. Ez a második leggyakoribb oka a kromoszómáisan determinált azoospermiaának a Klinefelter-szindrómát követően.

23.

MENNYI BÉL IS MARADT? – ÉLETMENTŐ ÁTMENETI OTTHONI PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁS

Gieszinger G.¹, Zsilák-Urbán M.¹, Lada S.¹, Illés D.¹, Tajti M.¹, Czakó L.¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum, Szeged

Bevezetés: Az otthoni parenterális táplálás (OPT) átmeneti vagy tartós bélelégelenséggel élő, metabolikusan stabil betegek számára a beteg otthonában biztosítja a túléléshez szükséges tápanyagbevitelt centrális vénás bemeneten keresztül. Számos tényező válthat ki bélelégelenséget, leggyakrabban műtét utáni állapotok is.

Esetleírás: 62 éves betegünknel 4 hónapos korban invagináció miatt 40 cm vékonybél eltávolítása, jobb hemicolectomia és enterocolicus anastomosis kialakítása történt. 2023 októberében a terminális ileum gyulladás miatt végzett exploráció során vékonybél összenövések miatt adhesiolysis történt, a side-to-side ileo-transversostomia vékonybél vak tasakjának gyulladt eltérését találták, ennek reszekcióját végezték vég az oldalhoz ileotransversostomia képzéssel. A műtét után a passage nem indult meg, ezért a reoperáció során 75 cm vékonybél reszekció és jejunostoma kialakítása történt; 105 cm vékonybél maradt vissza és I- es típusú rövidbél szindróma alakult ki. Osztályunkra port-a-cath implantációt követően került otthoni parenterális táplálás felépítésére a bélelégelenség miatt (testsúly 70,1 kg, BMI 22,4, InBody Score 71/100, 16 kg-os fogyás, beszűkült vesefunkció). Parenteralis táplálást fehérjepótlással, cholestyraminnal, hasnyálmirigyzim-pótlással, protonpumpagátlóval és loperamiddal egészítettük ki. Rendszeres ambulanter követése történt, ahol a parenterális folyadék, tápszer mennyiségét tápláltsági állapottól és laborértékektől függően rendszeresen módosítottuk került. 2024 februárban lázas állapot miatt került felvételre. Hasi CT- vizsgálat májtályogot igazolt, drainage került elvégzésre. 2024 júniusban a betegnél megtörtént a bélelgyesítés (jejuno-jejunostomia képzés). A parenterális táplálást és a kiegészítő gyógyszereket elhagytuk, a beteg testsúlya gyarapodott, laborparaméterei normálisak (testsúly 83-4 kg, BMI 26-6, InBody Score 80/100).

Következtetés: Az otthoni parenterális táplálás kiválóan alkalmas rövidbél-szindrómás betegek terápia-jában, segítségével megfelelő életminőség nyújtható. Multidiszciplináris megközelítés, rendszeres kontroll, orvos, dietetikus, gyógyszerész bevonása szükséges a megfelelő kivitelezéshez. Alkalmas élethosszig tartó táplálásra vagy – ahogy betegünknel is bemutattuk – akár egy ideiglenes időszakra is.

24.

A SCORE, A FRAMINGHAM-RIZIKÓPONTSZÁM ÉS A BECSÜLT PULZUSHULLÁM TERJEDÉSI SEBESSÉGEN ALAPULÓ ARTÉRIÁS ÉLET KOR SZÁMÍTÁSI MÓDSZEREK KÖZÖTTI KÜLÖNB-SÉGEK A MAGYARORSZÁGI HÁROM GENERÁCIÓVAL AZ EGÉSZSÉGÉRT PROGRAM ADATAI ALAPJÁN

Gyöngyösi H.¹, Szöllösi G.², Csenteri O.², Jancsó Z.¹, Móczár C.¹, Torzsa P.², Andréka P.¹, Vajer P.³, Nemcsik J.¹

¹Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest

²Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet, Budapest

³Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Társadalomtudományi Koordinációs Kutatóközpont, Debrecen

A korai éröregedés hozzájárul a kardiovaszkuláris (CV) morbiditáshoz és mortalitáshoz. Különböző lehetőségek állnak rendelkezésre az artériás életkor kiszámítására, beleértve a CV kockázati pontszámokon alapuló módszereket is, azonban a különböző módszerek különböző személyeket azonosíthatnak emelkedett artériás életkorúként.

Célunk volt a SCORE és a Framingham Rizikó Pontszám (FRS) alapú, artériás életkor számító módszerek összehasonlítása a Három generációval az egészségért programban résztvevő alanyokon. Célunk volt továbbá a korai éröregedéssel azonosított alanyok megoszlásának összehasonlítása a becsült pulzushullám terjedési sebesség (ePWV) alapján.

A SCORE és FRS alapú artériás életkorokat korábbi publikációk alapján számítottuk ki, és összehasonlítottuk a kronológiai életkorral és egymással a teljes populációban, valamint hypertóniás vagy diabeteses egyéneknél. Az ePWV-t is egy korábban publikált módszer alapján számítottuk ki. A szupernormális, normális és korai artériás öregedést <10%, 10-90% és >90% ePWV érték alapján határoztuk meg a résztvevőknél. A vizsgálatban 99 231 személy került bevonásra, közülük 49 191 beteg volt hypertóniás (HT) és 15 921 diabeteses (DM). A teljes populáció kronológiai életkora 54,0 (48,0–60,0) év volt, míg a SCORE és FRS artériás életkora 59,0 (51,0–66,0), illetve 64,0 (51–80) év volt. A HT betegek kronológiai, SCORE és FRS artériás életkora 57,0 (51,0–62,0), 63,0 (56,0–68,0) és 79,0 (64,0–80,0) év volt. A DM-es betegek kronológiai, SCORE és FRS artériás életkora 58,0 (52,0–62,0), 63,0 (56,0–68,0) és 80,0 (76,0–80,0) év volt. Az ePWV alapján az FRS az emelkedett artériás életkorú betegeket nagy érzékenységgel (97,3%) azonosította, míg a SCORE esetében az érzékenység alacsonyabb volt (13,3%).

Összefoglalva, a különböző artériás életkor számítási módszerek eltérő eredményeket adhatnak és kü-

lönböző egyéneket azonosíthatnak emelkedett artériás életkorúként. A módszerek CV prevenciós stratégiába való beépítés szempontjából további tanulmányokat igényelnek.

25.

A POLIPHALÁSZ ÉS AZ ENDOKRINOLÓGIA

Hajdú N.¹, Patócs A.², Suhai F.³, Bihari L.⁴, Szűcs N.¹

¹Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem Klinikai Genetikai és Endokrinológiai Laboratórium, Budapest

³Egyetem Intervenciós Radiológiai Tanszék, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

Az 50 éves férfibeteg, akinek a kórelőzményében magas vérnyomás, illetve asthma bronchiale szerepel, átmeneti NIV terápiát szükségessé tevő cardialis decompensatio miatt került kardiológiai osztályra felvételre, elvégzett vizsgálatok NSTEMI-t vélelményeztek a tünetek hátterében. Az elvégzett coronarográfia során coronaria betegség nem igazolódott. Az echokardiográfia elvégzésekor jelentősen csökkent globális systolés bal-kamrafunkció, illetve a középső szegmentumok akinesise volt látható. Szív MRI vizsgálat során Takotsubo cardiomyopathianak megfelelő kép igazolódott, továbbá mellékletként a bal mellékvese régióban 6 cm-es térfoglaló folyamat ábrázolódott. Ekkor irányították a beteget klinikánk ambulanciájára. A beteg panaszainak felvételekor visszatérő, időszakos feszültséggel társuló rosszulétről számolt be, ekkor vérnyomása emelkedett volt (szisztolés vérnyomás 190 mmHg körül). Az elvégzett hormonvizsálatok a vizeletkatecholaminok emelkedését mutatták, mely alapján pheochromocytomát diagnosztizáltunk. A beteg laparoszkópos adrenalectomián esett át, melyet követően a szövettani vizsgálat megerősítette a pheochromocytoma diagnózist. Posztoperatíván a vizelet katecholamin-metabolitjai normalizálódtak, továbbá a klinikai tünetek szűntek. Genetikai vizsgálat során SDHB-mutáció igazolódott. A kiegészítő képalkotó és hormonális vizsgálatok egyéb lokalizációban nem mutatták paraganglioma propagációját azóta sem, azonban a család kutatás során a beteg fiú gyermeke (25 év) esetében is igazolódott a mutáció. Azóta szoros követés alatt áll, elvégzett vizsgálatokkal eddig a betegség klinikai manifesztációja még nem igazolódott.

A phaeochromocytoma/paraganglioma egy ritka hormontermelő daganat, amely biogén aminok csoportjába tartozó adrenalint, noradrenalint és dopamint termelhet. Ezen anyagok általában rohamokban jelentkező magas vérnyomást, akár hipertenzív krízist okozhatnak, továbbá autonóm tüneteket válthatnak ki, amelyek gyakran jelentős kardiovaszkuláris szövödményekhez vezethetnek. A szukcinát-dehidrogenáz komplex,

B alegység (SDHB) mutáció a familiáris paragangliomákra jellemző mutáció, amely agresszív klinikai megjelenéssel, lefolyással és letalitással járhat egyes esetekben, ezért pozitívítás esetén a család kutatás elvégzése nélkülözhetetlen.

26.

A MINIMED 780G INZULINPUMPARENDSZER ANYAGCSERÉRE GYAKOROLT HATÁSA

Hankó H.¹, Lee Y.¹, Tóth B.¹, Garam N.¹, Jávorfí T.¹, Svébis M.¹, Tabák G.^{1,2,3}, Kocsis G.¹

¹Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem Megelőző Orvostani és Népegészségügyi Intézet, Budapest

³Járványtani és Közegészségügyi Tanszék, University College London, London, Egyesült Királyság

Bevezetés: A Minimed 780G advanced hybrid-closed loop (AHCL) inzulinpumpa rendszer 2021-től hazánkban is elérhető 1-es típusú diabeteses betegek részére. Ez a rendszer a korábbiakhoz képest nagy előrelépést jelent. A beépített inzulinadagoló algoritmus a mért cukorszint függvényében módosítja a bazális inzulin adagolását, illetve szükség esetén automatikus bólush-korrektciót adagol.

Cél: Célunk prospektív, beavatkozással nem járó, vizsgálat keretein belül a Minimed 780G inzulinpumparendszert használó betegeknél a rendszer hatásosságának és biztonságosságának vizsgálata.

Módszer: 74 beteget vontunk be a vizsgálatba (átlagélekor: 37,4±11,37 év, 32 férfi, 43 nő), betegség-tartam: (19,1±10,1 év), akik közül ezt megelőzően 12-en penes, 62-en inzulinpumpás kezelésben részesültek. Vizsgáltuk a betegek Minimed 780G-re váltás előtti 6 hónap, és azt követő egy évben a HbA1c, illetve metrikus adatait (GMI (glucose management indicator), céltartományban- (TIR; time in range), céltartomány felett- (TBR: time below range), céltartomány alatt eltöltött idő (TAR; time above range), szenzor használat, variációs koefficiens)). Ezen kívül vizsgáltuk a körükben a ketoacidosis és a súlyos, beavatkozást igénylő hypoglykaemia előfordulását.

Eredmények: Eredményeink alapján mind az átlagos HbA1c (7,6±0,84 vs. 6,9±0,47 (%)), GMI (7,29±0,5 vs 6,71±0,24), TIR (61,9±13,3 vs 77,9±6,7 (%)), TAR (36,2±13,9 vs 20,2±10,2 (%)) szignifikánsan javulást mutatott a korábbi és az AHCL rendszerre való váltás között (p<0,0001). A hypoglykaemiák százalékos aránya minimálisan növekedett (1,8±1,7 vs 2,4±1,6 (%)), de továbbra is a nemzetközileg elfogadott 5%-os határ alatt maradt. Betegpopulációnkban nem tapasztaltunk ez idő alatt ketoacidosist. Súlyos hypoglykaemia nem fordult elő.

Összefoglalás: Eredményeink alapján az AHCL bevezetése után betegeinknél szignifikáns anyagcserejavulás érhető el biztonságosan.

27.

A POINT OF CARE LABORVIZSGÁLATOK ELŐNYEI AZ ALAPELLÁTÁSBAN

Hasitz Á.¹

¹Háziorvosi Praxis, Szentendre

Bevezetés: A háziorvosi praxis legfőbb feladata, hogy lakóhely közeli kapuóri szerepet töltsön be. Ehhez viszont ma már elengedhetetlen, hogy minőségi eszközöket használjon számos területen. Ezen minőségi eszközök között kiemelt jelentősége van a betegágy melletti, más néven Point of Care labor diagnosztikának. Ezek a tesztek lehetővé teszik a gyorsabb és precízebb diagnózist, hatékonyabbá a kezelést és célzottabbá a tovább irányítást. Mind az akut ellátásban, mind a krónikus beteg gondozásban, mind a szűrésben óriási jelentőségük van. Saját praxisomban több, mint 15 éve használom a napi gyakorlatban ilyen teszteket. A C-reactív protein az egyik legegyszerűbb, de nagyon hasznos paraméter, amit ilyen formában mérhetünk a racionális antibiotikumhasználatot elősegítve, illetve az NT-proBNP az egyik legtrikábban használt, nehezebben értékelhető, de szintén nagyon hasznos paraméter a szívelégtelenség szűrése, gondozása szempontjából.

Módszer:

1. A saját, régiós és országos antibiotikum felírás arányait összehasonlítottam az indikátor visszajelzési eredmények alapján.
2. A praxisban gondozott 250 cukorbetegből 72, szívelégtelenség szempontból rizikós, de tünetmentes páciensnél végeztünk NT-proBNP mérést Roche Cobas h232 készülékkel A 72 betegből 29-nél a cut off értéket meghaladó NT-proBNP-t mértünk. Figyelembe véve a befolyásoló tényezőket is, 13 beteg esetében lenne indokolt a direkt kardiológiai vizsgálat szívelégtelenség igazolása vagy kizárása céljából.

Eredmények:

1. Megállapítható, hogy országosan kb. 2-3 doboz/fő/év az antibiotikumhasználat, míg a saját praxisban ez kb. 0,5 doboz/fő/év.
2. A vizsgált betegek kb. 15%-ánál kardiológiai vizsgálatot indokló NT-proBNP emelkedettséget találtunk.

Következtetés: Minőségi betegellátás a háziorvosi praxisban ma már elképzelhetetlen a kompetencia bővítése és minőségi eszközök használata nélkül. Ez mindenki érdeke. Az alapellátásban dolgozóké, a betegeké, a szakellátásé, a kórházi ellátásé és nem utolsósorban az egész egészségügyi ellátó rendszeré. Ebben pedig kiemelt szerepe van a minőségbiztosított Point of care laborvizsgálatoknak. Ezt támasztják alá praxisom saját eredményei is. A nemrégiben, a konvergencia régióban rendelkezésre bocsátott nagyszámú eszköz az első lépés ezen az úton. A következő a minőségbiztosított rendszer megteremtése és a finanszírozás megoldása.

28.

ÉTKEZÉSKOR JELENTKEZŐ

EPIGASZTRIÁLIS FÁJDALOM: EPS? PDS?

Helle K.¹, Rosztóczy A.¹

¹SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika
Gastroenterológiai Centrum, Szeged

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

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

29.

BIOLÓGIAI KOR VIZSGÁLATA METILÁCIÓS ÓRÁK ALKALMAZÁSÁVAL

Holczbauer A.¹, Bányai F.¹, Farkas E.¹, Barták B.¹, Pipek O.², Csabai I.², Takács I.¹, Molnár B.¹

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Komplex Rendszerek Fizikája Tanszék, Budapest

Az emberiség régóta keresi a hosszú, egészséges élet titkát. Az öregedés lassítása vagy akár visszafordítása napjainkban központi kérdés a tudományban, mivel ez nemcsak az élettartamot növelheti, hanem jelentősen javíthatja az életminőséget is. Az élethosszig tartó egészség nem csak egyéni, hanem társadalmi ügy is, mivel öregedéssel kapcsolatos betegségek kezelése egyre növekvő terhet jelent az egészségügyi rendszerünkre.

Az öregedéskutatásban meg kell különböztetnünk két fogalmat, a kronológiai és biológiai kort. A kronológiai kor jelenti az életkorunkat, vagyis a születésünk-

től eltelt időt, míg a biológiai kor arra utal, hogy az egyén szervezete, sejtjei milyen mértékben mutatják az öregedés jeleit. A biológiai kor jelentős eltéréseket mutathat a kronológiai kortól, amelyet a genetikai tényezők, az életmód és a környezeti hatások alakítanak. A biológiai kor meghatározására szolgáló vizsgálati módszerek egyre elterjedtebbek, és kulcsszerepet játszanak az öregedés kutatásában. Az egyik legfontosabb megközelítés a metilációs órák alkalmazása, amelyek a DNS metilációs mintázatainak elemzésén alapulnak, és pontos képet adnak a sejtek öregedésének mértékéről.

Munkánk során vérből izolált granulocytá DNS metilációs mintázatát vizsgáltuk Illumina Infinium MethylationEPIC v2.0 BeadChip platformon, majd a biológiai kort ClockBase program segítségével generáltuk. Az alanyokból több hónapon át, különböző időpontokban vett mintákat hasonlítottuk össze több metilációs óra modell szerint (HorvathAge, HannumAge, PhenoAge, DunedinPACE, DunedinPoAm és ZhangAge), ezáltal komplex képet kaphatunk a páciensek biológiai koráról és állapotáról, valamint az öregedési folyamat dinamikájáról. A jövőben a biológiai óráknak nagy jelentőségük lehet a klinikai gyakorlatban, azáltal, hogy segíthet az orvosoknak a személyre szabott kezelések kidolgozásában, valamint az öregedéssel összefüggő betegségek, mint például a szív- és érrendszeri problémák, a gasztrointesztinális megbetegedések és a rák korai diagnosztizálásában. Ezen felül a biológiai órák alkalmazása hozzájárulhat terápiák és az életmódbeli változások hatékonyságának nyomon követéséhez, és lehetőséget biztosít arra, hogy jelezzék az egyének egészségének hanyatlását.

30. RÖVID IDEIG TARTÓ RITUXIMAB KEZELÉS MELLETT KIALAKULT SÚLYOS HASFALI PLEGMONE ESETE

Holhós N.¹, Tóth K.¹, Zöld D.¹, Bazsó A.², Kiss E.², Nagy G.², Végh J.¹

¹Intenzív Terápiás Osztály, Országos Mozgásszervi Intézet – ORFI, Budapest

²Klinikai Immunológiai, Felnőtt- és Gyermekreumatológiai Osztály, Országos Mozgásszervi Intézet – ORFI, Budapest

³Országos Mozgásszervi Intézet - ORFI; Budapest

A B sejtek deplécióját célzó monoclonalis antitest terápiát egyre szélesebb körben és egyre több autoimmun kórkép kezelésében alkalmazzák, mint például szisztémás lupus erythematosus, Sjögren-szindróma, dermatomyositis vagy szisztémás sclerosis. Céлом rövid áttekintést adni a rituximab hatásmechanizmusáról, adagolásáról, a beadás módjáról és egy esetünk kapcsán bemutatni, milyen nem kívánt súlyos szövődmény alakulhat ki a kezelés után. A monoclonalis kiméra immunglobulin terápia célpontja a B-sejtek felszínén található CD20 fehérje, melyhez hozzákötődik az immunglobulin, és többféle mechanizmus révén a szerve-

zetből eliminálódnak a megjelölt B-sejtek. Kezelés megkezdése előtt szükséges kizárni a látens fertőzéseket, többek között a hepatitis B és C fertőzés, Tbc fennállását, valamint a HIV-fertőzés lehetőségét. A biológiai terápia adása során az enyhe allergiás reakcióktól kezdve a lokális infekciókon át akár súlyos anafilaxiás reakciók is jelentkezhetnek. A B-sejtek kulcsfontosságú szerepet játszanak a fertőzések elleni védelemben, a rituximab kezelés következtében kialakult B-sejt depléción és a csökkent immunglobulinszint miatt megnövekszik a fogékonyság bizonyos fertőzésekre, ilyenkor számításba kell venni az opportunista kórokozókat is. Osztályunkon egy 41 éves SLE, APS és Devic-szindrómás nőt kezelünk a második rituximab-kezelés után kialakult súlyos szövődmény miatt. Kezelése egy másik kórház Intenzív Osztályán kezdődött, globális légzési elégtelenséget okozó pneumónia miatt gépi lélegeztetésre szorult. Átvételre a törzs bal oldalán megjelent phlegmonosus folyamat további ellátása miatt került sor. Súlyos sepsis állapot miatt IVIg terápiában, valamint kombinált antibiotikus és antifungális terápiában részesült. A körülbelül 50 cm hosszú és 15 cm széles, mélyen a hasfal izomzatig hatoló sebére negatív nyomású sebkezelés, vákuumasszisztált sebzáras, valamint rendszeres sebészeti kötözés mellett is nagyon nehezen gyógyult, a folyamat több mint négy hónapig tartott.

31. AKUT OBSTRUKTÍV PURULENS HASNYÁLMIRIGY DUCTITIS (AOSPD)

Horvát G.¹

¹Gyöngyösi Bugát Pál Kórház, Gasztroenterológia, Gyöngyös

A sepsis állapotot okozó állapotok hátterében a pancreatobiliaris rendszer purulens gyulladására az első között mindig gondolni kell. Gyakori kórkép a purulens cholangitis, melyben az epeúrendszer gyulladása az elsődleges. Ennek oka rendszerint az epeelfolyási zavar, amely gyakran társul pancreatitissel. A pancreasvezeték izolált purulens gyulladása, pancreatitis és az epeúrendszer érintettsége nélkül ritkaság. Egy 80 éves férfibeteg esetét mutatjuk be, akinek epeúti gyulladása miatt a 2000-es években történt ERCP-EST. Ezt követően több alkalommal volt hidegrázással kísért sepsis állapot, mely rendszerint antibiotikus kezelésre megszűnt. Chronicus pancreatitis miatt más intézetben gondozták. Jelenleg is magas láz, hasi fájdalom miatt jelentkezett a gondozó intézetben. A hasi UH nem írt le jelentős eltérést, epeúti tágulatot, valamint a labor sem utalt epeelfolyási zavarra, pancreatitissre. Emittálták. Még aznap éjjel jelentkezett az SBO-n magas láza, rossz közérzete miatt. Sürgős CT-vizsgálat történt, ami már 15 mm-es Wirsung-vezetékkel írt le, normál epeúttal. A laborban emelkedett gyulladásos paraméterek voltak. A máj labor értékei és az amilázszint nem emelkedett. Felvételét követő napon ERCP mel-

lett döntöttünk és elvégzését datáltuk a következő napra. Ekkor a beteg panaszmentes, láztalan volt. Este hidegrázás kíséretében szeptikus sokk alakult ki, mely miatt KAIBO ellátásra kényszerültünk. Az ERCP tervezett időpontjában jobban lett, így az ERCP-t el tudtuk végezni. Az Ikeda V. typ. JPDD-ben elhelyezkedő Vater-papilla kanülálása után az epeút átjárható volt, kőmentes. Ezután szelektíven bejutottunk a pancreasvezetékbe. A kanüláláskor is tejfölszerű purulens benének ürülését észleltük. Pancreas sphincterotomia után nagy mennyiségű pus és kis fehér kövek ürültek. Tekintettel a beteg szeptikus, kritikus állapotára, stenteltük mindkét vezetékét, igyekeztünk a vizsgálat mielőbbi befejezésére. A beteg panaszmentes lett szinte órákon belül! Még két alkalommal történt ERP+stentelés, nagy mennyiségű pancreaskő eltávolítása után. Legutóbb már a pancreasvezetékben csak néhány kő volt látható, melyeket eltávolítottunk, nem kellett stentelni. A 15 mm-es Wirsung-vezeték 4-5 mm-re szűkült. A beteg jelenleg panaszmentes. Az izolált, szeptikus sokkot okozó „Wirsungitis” ritka kórkép, emiatt láttuk érdekesnek a bemutatását.

32.

A FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS GYAKORLATI LÉPÉSEI AZ ONKOHEMATOLÓGIAI BETEGEKNÉL

Horváth A.¹

¹*Semmelweis Egyetem, BHK, Budapest*

A malignus betegséggel élő betegek fájdalma igen eltérő lehet: van, aki egyáltalán nem érez kellemetlenséget, és van, aki tűrhetetlen fájdalomra panaszodik. Az egészségügyi szakemberek között konszenzus van abban, hogy a legnagyobb erősségű fájdalmat ebben a betegcsoportban élik meg a betegek. Számukra alapvető emberi jog a megfelelő, hatékony fájdalomcsillapítás.

Elsőként nem szteroid gyulladáscsökkentők (NSAID-ok) választandók krónikus fájdalomban. Számos klinikai vizsgálat bizonyította, hogy az NSAID-ok képesek beavatkozni a tumor mikro környezetébe azáltal, hogy csökkentik a sejtvándorlást, növelik az apoptózist és a kemo-érzékenységet, ezért ezek adása ajánlott a jelenleg preferált paracetamol helyett. Sokszor önmagában is elégségesek az NSAID-ok a fájdalomkontroll eléréséhez. Amennyiben a fájdalom tűrhetetlenül erős, akkor – I.A ajánlással – major opiátokat kell adni; mivel a minor opioidok lekerültek a klinikai onkológiai gyakorlatban ajánlott fájdalomcsillapítók listájáról. A major opiátoknak nincs plafon effektusa, ezért a dózis addig emelendő, amíg nem hat a betegnek. A dózis beállítása orális szerrel javasolt; és a fentanyl transzdermalis tapaszt az opiát igény meghatározása után a megfelelő dózisban indítandó. Ezzel az egyszerű lépéssel elkerülhető a fentanyl-túladagolás és az opioid okozta függőség, illetve halál is része. Adjuváns szerek indikációja és a csoportban található gyógyszerek száma is bővült. Ma már a fájdalom fajtája alapján hatá-

rozzuk meg a bevezetés időpontját, akár az NSAID-okat megelőzve, és nem a major opiátokkal adott inefektív kezelés kiegészítésekor kerülnek elő.

Magyarországon a jelenlegi gyógyszerforgalmi adatok nem korrelálnak a nemzetközi irányelvek alapján ajánlott gyógyszeres kezeléssel, ezért gyakorlati segítségadásra fókuszál az előadás; hogyan változtassunk az évtizedek alatt rögzült szokásokon, milyen evidenciák alapján döntsünk a terápiáról, mennyi ideig és milyen dózisban érdemes adni azokat, hogy a betegek életminősége és élettartama is javuljon.

33.

TNF-ALFA INHIBITOROK MELLÉKHATÁSAI – GYÓGYSZER INDUKÁLTA LUPUS SZINDRÓMA

Horváth E.¹, Tremmel A.¹, Domján G.¹

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Terápiás Aferezis Részleg, Budapest*

A TNF-alfa inhibitorok évek óta használatos biológiai terápiás gyógyszerek reumathoid arthritis, spondylitis ankylopoetica, gyulladásos bélbetegségek és arthritis psoriatica kezelésében. Mellékhatásai az infekciókra való fogékonyság mellett a gyógyszer ellenni, semlegesítő hatású antitestek, autoantitestek és autoimmun betegségek kialakulása. A semlegesítő hatású antitestek jelenléte esetén csökkent vagy hiányzó gyógyszer-szinteket, a terápiás válasz sikertelenségét figyelhetjük meg, valamint túlérzékenységi reakció alakulhat ki. TNF-alfa inhibitorok alkalmazása esetén emelkedett a kockázata egyes autoantitestek megjelenésének. A betegek kis százalékában autoimmun betegségek alakulhatnak ki, melyek egyrészt szisztémás autoimmun állapotok megjelenéséhez vezetnek, másrészt szervspecifikus autoimmun betegségek kialakulásának az esélyét növeli meg.

Egy 45 éves nőbeteg esetét ismertetjük, akinél 2005 óta ismert JRA miatt Medrol, majd methotrexát (MTX) kezelés indult. 2017-ben tüneteinek progressziója miatt study keretein belül MTX mellett adalimumab kezelésben részesült. 2022 októberében hypervolaemia, nefrotikus mértékű proteinuria, mikroszkópos haematuria, hypalbuminaemia miatt hospitalizálták, vesebiopszia történt. Ennek szövettani eredménye ISN/RPS class IV-es osztályú diffuse lupus nephritisnek megfelelő szövettani képet igazolt. Immunológiai laborvizsgálatai ANA, kromatin elleni AT, hiszton elleni AT, ds-DNS, C1q elleni AT, cardiolipine elleni AT IgG, IgM pozitivitás igazolódott. Lupus nephritis miatt terápiáját lökés medrol-, valamint ciklofoszfamidkezeléssel egészítették ki. Nem javuló vesefunkció miatt reguláris haemodialízis kezelése indult 2022. november 2-án. 2023-ban 6 ciklus ciklofoszfamid kezelése mellett augusztusban 5 alkalommal részesült plazmacsere (PEX) kezelésben, majd fenntartó havi 1 PEX kezelésben részesül jelenleg is. 2023 novemberétől heti 3x HD kezelését 2x-i kezelésre lehetett csökkenteni. A TNF-

alfa inhibitorok által aktivált lupus szindrómák nagyon ritka mellékhatások, és a gyógyszer elhagyását követően általában a szindróma meg is szűnik. Leggyakoribb tünetei a nyálkahártya és ízületi gyulladás, polyarthritis és pleuropericardialis rendellenességek. Ritkán fordulnak elő vese-, ill. neurológiai megnyilvánulások. MTX egyidejű alkalmazása nem véd a TNF-alfa inhibitorok által kiváltott lupus szindrómák kialakulásával szemben.

34.

SÚLYOS CYTOMEGALOVÍRUS REAKTIVÁCIÓ PAUCI-IMMUN GLOMERULONEPHRITIS KEZELÉSE SORÁN – ESETISMERTETÉS

Juha M.¹, Dobi D.², Schnabel K.¹, Pethő Á.¹, Studinger P.¹, Kevei P.³, Tislér A.¹, Ledő N.¹

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

²*Semmelweis Egyetem Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet, Budapest*

³*Nemzeti Dialízis Központ, Budapest*

Glomerulonephritisek (GN) immunszuppresszív kezelése mellett is kialakulhatnak súlyos fertőzőes szövődmények, mint pl. a cytomegalovírus (CMV) reaktiváció. A CMV virémiára hajlamosító tényezők között szerepel a férfi nem, az időskor, a magas szérumkreatinin-szint, valamint a szteroid vagy a ciklofoszfamid alkalmazása.

Egy 69 éves, félholdképződéssel járó pauci-immun GN-szel kezelt férfi esetén keresztül ismertetjük a CMV reaktivációt, és megfelelő ellátásának nehézségeit.

A beteget rapidan kialakult veseelégtelenség és alsó végtagi purpurák miatt utalták osztályunkra. Az immunszerológiai vizsgálatokban jelzett antinukleáris antitest pozitivitást láttunk, míg az anti-neutrofil citoplazmatikus antitest (ANCA) negatív volt. A vesebiopszia kifejezett aktivitást mutató pauci-immun félholdas GN-t igazolt. Protokoll szerinti kezelést kezdtünk, metilprednizolon és ciklofoszfamid indult, de a vesefunkció romlása miatt végül reguláris hemodialízis (HD) kezelés vált szükségessé. Az immunszuppresszív kezelés elkezdése utáni második héten súlyos gasztrointesztinális vérzés jelentkezett, vérképe folyamatos hemoszuppresszió és prokoaguláns kezelés mellett sem volt rendezhető. A vizsgálatok kombinált etiológiájú colitist igazoltak (CMV, C. difficile fertőzés és vasculitis). A magas kópiaszámú CMV virémia és az aktív GN miatt intravénás immunglobulin kezelést alkalmaztunk, antivirális terápia (ganciklovir) és teljes parenterális táplálás mellett. CMV kópiaszám csökkenésével párhuzamosan állapota és később vesefunkciója is javult, HD tartósan felfüggeszthető volt. Fenntartó metilprednizolon, azatioprin és antivirális kezelés mellett 3 hónap után a beteget 2024 nyarán stabil állapotban emittáltuk.

Az immunszuppresszív kezelés mellett jelentkező szö-

vődmények esetén gondolni kell CMV virémia lehetőségére is, mely súlyosabb következményekkel is járhat, mint az alapbetegség okozta egészségkárosodás.

35.

LESZ-E ELÉG HÁZIORVOS A JÖVŐBEN?

Kalabay L.¹

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Családorvosi Tanszék, Budapest*

Bevezetés: A háziorvosi praxisok 14%-a betöltetlen, 13%-a 6 hónapon túl, ez mintegy 1,25 millió személyt érint. A háziorvosok 10%-a 70 éven felüli. A háziorvosok munkája számos további feladattal gyarapodott.

Módszerek: Az utánpótlás időbeli alakulását vizsgáltuk a Semmelweis Egyetem és országos adatsorok elemzésével.

Eredmények: A rezidensképzés mellett létezik a Praxisprogram I., ill. a Praxisprogram II. képzési lehetőség, azaz szakvizsga nélkül, ill. korábbi szakvizsga birtokában történő munkavégzés és párhuzamos képzés a praxisban. Mindezek ellenére az utánpótlás messze elmarad az előregezés és más okból történő pályaelhagyás támasztotta igényektől. A szakvizsgát szerzettek jelentős része a saját praxis vásárlása helyett inkább a tartós helyettesítést választja. Ez sokszor az önkormányzatnak is érdekében áll. A háziorvostan rezidensekre nagy szükség van a belgyógyászati képzőhelyeken, ahol dicséretesen helyt állnak és megbecsülik őket.

Következtetések: Bár ellátatlan beteg nincs Magyarországon, a háziorvosi praxisok számának további csökkenése várható. A körzetek átrendezése az egy körzetre jutó személyek számát emeli. A háziorvosi ügyeleti rendszer megváltoztatása sem segíti az önálló praxisban való elhelyezkedést. A jelen helyzet javulása nem képzelhető el a rezidensi keretszám emelése, a praxisok finanszírozásának növelése, az életpálya modell megteremtése és a szakdolgozói utánpótlás biztosítása nélkül.

36.

HIV-ASSZOCIÁLT FERTŐZŐ BETEGSÉGEK BEMUTATÁSA EGY ÉRDEKES ESET KAPCSÁN

Kalabay M.¹, Peskó G.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest*

A HIV-vel összefüggő fertőzések opportunista fertőzések, amelyek gyakrabban fordulnak elő vagy súlyosabban a HIV miatt legyengült immunrendszerrel rendelkező egyéneknél. A HIV az immunvédelem szempontjából kritikus fontosságú CD4+ T-sejteket veszi célba és pusztítja el, így a szervezet sebezhetővé válik olyan fertőzésekkel szemben, amelyeket egy egészséges immunrendszer általában kontrollálna. Ahogy a HIV meg-

támadja és csökkenti a CD4+ T-sejtek számát, az immunrendszer egyre kevésbé képes hatékonyan megfékezni a fertőzéseket. Minél alacsonyabb a CD4+ szám, annál nagyobb az opportunista fertőzések kialakulásának kockázata. Ha egy HIV-fertőzött személynél bizonyos opportunista fertőzések vagy rákos megbetegedések alakulnak ki, az a HIV-fertőzés legfejlettebb stádiumából AIDS kialakulását jelezheti. A HIV-vel összefüggő fertőzések kezelése és megelőzése ART, profilaxis és korai beavatkozás révén kulcsfontosságú stratégiák az AIDS-hez való progresszió megelőzésében.

Tíz éve az Egyesült Királyságban HIV-pozitivitás kapcsán gondozott 38 éves férfibeteg két hete kezdődött láz, éjszakai izzadás, csípőízületi fájdalom és nyakon észlelt fájdalommentes nyirokcsomó-konglomerátum miatt kereste fel az SBO-t. Ezt megelőzően az elmúlt fél évben számos alkalommal zajlott hematocheziával járó gastroenteritises epizódja. Rutin laborban leukocytopenia, lymphocytopenia volt kórjelző. Rutin góckutatás nem hozott eredményt.

HIV-kópiaszám PCR-ral igazolva extrém magas értéket mutatott. Széles körű, szérumból végzett molekuláris biológiai vizsgálatok nem mutatták ki egyértelmű, lázas betegséget magyarázó kórokozó jelenlétét. Malignitás kizárására képalkotó vizsgálatok történtek, melyek a nyakon, illetve a mesenteriumban több megnagyobbodott, de a kóros mérethatárt épphogy elérő nyirokcsomókat írtak le. Hematológiai betegség gyanúja miatt sternumból csontvelőt aspiráltak, melyben bár vérképzőszervi eltérés nem igazolódott, de mikrobiológiai vizsgálat során *Salmonella enteritidis* tenyésztett ki, amelyre célzott trimethoprim/sulfamethoxazol antibiotikus kezelésben részesült. A magas HIV-kópiaszám felveti a terápiás compliance-szel való probléma lehetőségét, vagy a virális genomban történt terápiaerezisztenciát okozó mutáció lehetőségét.

37.

RITKA KIINDULÁSÚ CUSHING-SZINDRÓMÁVAL JÁRÓ NEUROENDOKRIN DAGANAT. ESETISMERTETÉS

Kis I.¹, Takács E.¹, Beyaty S.¹, Horváth S.²,
Taller A.¹

¹Budapesti Uzsoki Utcai Kórház, II. Belgyógyászati
Osztály, Budapest

²Budapesti Uzsoki Utcai Kórház, Pathológia,
Budapest

Bevezetés: Az endogén Cushing-szindróma hátterében 5–10%-ban ektópiás, ACTH-t és /vagy CRH-t termelő tumor áll. Ezek döntő többségben neuroendokrin daganatok és leggyakrabban tüdő, thymus, pajzsmirigy, mellékvesevelő és hasnyálmirigy kiindulásúak, a vastagbél eredet ritka. Saját esetünkben egy ileocecalis kiindulású, ektópiás Cushing-szindrómát okozó neuroendokrin tumort mutatunk be.

Esetismertetés: 79 éves, érdemi anamnézissel nem

rendelkező nőbeteget két hete fokozódó zavartság, izomgyengeség, egyensúlyzavar miatt vettünk fel osztályunkra. Fizikális vizsgálat során hyperaemiás bőrt és enyhe hirsutismust találtunk. Laborvizsgálatokban hyperglykaemia, pótlás ellenére sem javuló súlyos hypokalaemia, artériás vérgázban metabolikus alkalosis igazolódott. Koponya CT-n sclerotikus jellegű metastasisek, mellkasröntgenen térfoglalásnyú merült fel. Terápiánk ellenére progrediáló állapot, mélyülő tudatzavar, immobilitas, hasmenés, flush megjelenése hátterében neuroendokrin tumor, carcinoid szindróma, ektópiás Cushing-szindróma merült fel. Mindezt az elvégzett laborvizsgálatok is igazolták. Primer tumorként tüdő eredet merült fel, de a felső hasi régióig elvégzett mellkasi CT-vizsgálat egyértelmű primer tumort nem, csak disszemínált tumoros folyamatot igazolt. Kortizolszintézis-gátló terápia bevezetését követően a beteg állapota gyorsan javult. Primer tumor irányú további vizsgálatát terveztük, de COVID-infekció miatt COVID-osztályos áthelyezésre került sor. Visszavételt követően a beteg pár napon belül elhunyt. A boncolás és szövettani vizsgálat az ektópiás Cushing-szindróma, carcinoid szindróma hátterében egy ileocecalis eredetű, disszemínált neuroendokrin tumort igazolt.

Konklúzió: Súlyos hypokalaemia, hyperglykaemia, izomgyengeség, tudatzavar hátterében gondoljunk ektópiás Cushing-szindróma lehetőségére. Primer tumor irányú kivizsgálás során merüljön fel gasztrointesztinális, ezen belül vastagbéleredet is.

38.

EGY MULTIPLEX, LYTICUS CSONTÉLTÉRÉST OKOZÓ BETEGSÉG KÜLÖNLEGES MEGJELENÉSI FORMÁJA – ESETTANULMÁNY

Kiss A.¹, Szili B.¹

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai
Klinika, Budapest

A jelenleg 71 éves nőbetegünk anamnézisében érdemi megbetegedés nem szerepelt. 2023 márciusában erős mellkasi és háti fájdalommal ébredt, amely mögött mellkasi CT-vizsgálat a thoracalis csigolyákon, mindkét scapulán, sternumon számos, apró, a corticalist nélkül elvékonyító lyticus laesiót írt le. Nem sokkal később trauma kapcsán további képalkotó vizsgálatok készültek, amelyeken ugyanezen típusú, lyticus elváltozások voltak láthatók a femuron, a medenceöv csontjain, a koponyacsontokon és lábfejekben is. Laborértékeiből ekkor parathormon independens hypercalcaemia (2,7 mmol/l) volt kiemelendő. Differenciáldiagnóziként myeloma multiplex, csontáttek, primer csonttumорок, csontcysták, granulomák, benignus csonttumорок, Histiocytosisok (Langerhans-sejtes vagy Erdheim–Chester), polyostoticus fibrosus dysplasia, myelofibrosis és syphiliseses osteitis merült fel. Primer tumor kutatása, szérum elektroforézis, szabad könnyűlánc meghatározása, crista biopszia, Treponema palli-

dum szerológia negatív eredménnyel zárult, femur hengerbiopszia sem igazolt malignitást. PET/CT-vizsgálat csaknem valamennyi csont szerkezetét patológiásnak írta le, bennük számtalan, változó méretű lyticus góccal, többszörös patológiás töréssel, emellett diffúzinhomogénen mérsékelten fokozott csont FDG felvétellel. Végül 2023 decemberében, ismételt csontbiopszia az irodalomban nem ismeretlen, de rendkívül ritka hybrid Erdheim–Chester-betegség/Langerhans-sejtes histiocytosist igazolt, ROS1 immunpozitivitással. Az Erdheim–Chester-betegség a CD34+ myeloid progenitor sejt – monocyta-makrofág vonal klonális, nem Langerhans-sejtes hystiocytás megbetegedése, amely több szervrendszert érinthet, de leggyakrabban multifokális szklerotizáló léziókat okoz a hosszú csontokon. 1930 óta összesen 1000 esetről számoltak be. Kezelésként genetikai mutáció alapján BRAF vagy MEK gátlás, valamint Interferon alfa, glükokortikoidok, cytotoxikus kemoterápiák, szükség esetén lokális kezelések (vitiummútét, sugárterápia) bizonyultak hatásosnak. BRAF mutáció hiányára tekintettel a betegnél peginterferon alfa és denosumab terápia indult, amelyek mellett panaszaik javultak és a fél éves kontroll PET/CT-n a kiterjedt lyticus folyamat aktivitása kissé csökkent. Ugyanakkor betegünknel progrediáló vesefunkció romlás miatt jelenleg dialízis elbírálása zajlik, valamint esetenként hemoszupportációt igényel.

39. VERTEBRÁLIS DEFORMITÁS VIZSGÁLATA ENDOKRIN TERÁPIÁVAL KEZELT MELLRÁKOS BETEGEKBEN DENZITOMETRIÁS MÓDSZERREL

Kollár R.¹, Mészáros S.¹, Leel-Össy T.¹, Dank M.¹, Horváth C.¹, Szigeti E.¹, Hajer A.¹

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

Bevezetés: Az emlőrák – a fejlett országokhoz hasonlóan – hazánkban is a nők leggyakoribb rosszindulatú daganata. A sikeres szűrőprogramok miatt a felfedezett emlőrák gyakorisága nő, miközben a szűrésből kiemelt preklinikai esetek nagyobb arányának és a korszerű sebészeti és onkológiai terápiának köszönhetően a halálozás csökkenő tendenciát mutat. Az emlődaganatok közel kétharmada hormonreceptor-pozitív, humán epidermális növekedési faktor receptor-2 negatív, azaz jól reagál hormoncsökkentő terápiára. Az endokrin terápiával kezelt emlőrákos betegeknél – mivel a betegség krónikus jellegűvé vált – számolnunk kell a terápia hosszú távú hatásaival is.

Beteganyag és módszerek: Keresztmetszeti vizsgálatukba 331 emlőcarcinoma miatt, endokrin hormonterápiával kezelt nőt (átlag életkor: 56,7±12,5 év, utánkövetési idő: 4,7±8,5 év) vontunk be. A betegeknél Lunar Prodigy (WI, USA) oszteodenzitométerrel csontsűrűség (BMD, bone mineral density, g/cm²) mérés történt az L1-4 ágyéki csigolyákon, a combnya-

kon és a radius harmadolópontján. Elvégeztük a lumbális gerinc morfometriás vizsgálatát (VFA) és a csigolyák mikroszerkezetéről a konnektivitási denzitás (TBS, trabecularis bone score) meghatározásával tájékozódunk. FRAX módszerrel törési valószínűséget is számoltunk.

Eredmények: Elemzésünk során 55 beteg anamnézisében szerepelt kistraumas csonttörés, ugyanakkor VFA elemzéssel további 47 csigolyadeformitást igazoltunk. A törött (klinikai és VFA) és nem törött betegek összehasonlítása során a törött betegek esetében kisebb TBS-t (1,300±0,1 vs 1,390±0,1, p = 0,001) és nagyobb törési valószínűséget (FRAX MOP: 11,5±8,1% vs 4,9±4,3%, p = 0,001) igazoltunk. A két csoport összehasonlítása során a BMD nem különbözött.

Következtetés: Eredményeink felhívják a figyelmet a vertebrealis törések célzott vizsgálatára emlőrák miatt endokrin terápiával kezelt betegek gondozása során. VFA vizsgálattal a betegek további 15%-ban azonosítottuk az endokrin terápia ossealis következményeként csonttörést, és ez hosszú távú kezelésükre is hatással lehet. A kistraumas csonttörésen átesett betegeknél az alacsonyabb TBS érték azt sugallja, hogy az ún. non-mass csont tulajdonságok szerepet játszhatnak az emlőrák miatt hormonkezelt betegek fokozott törékenységében.

40. A JÉGHEGY CSÚCSA

Komlódi N.¹, Sosity H.¹, Takács R.¹

¹*Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet; I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Budapest*

Bevezetés: Az elhízás egy olyan komplex krónikus megbetegedés, amely korunk egyik legnagyobb népegészségügyi kockázatát jelenti.

Esetbemutató: A 48 éves férfibeteg anamnézisében kezeletlen hipertonia és elhízás szerepel. Fül-orr-gégész kolléga irányította belgyógyászati ambulanciánkra a beteget, miután hipertenzív kiugráshoz társuló, elektrokauterizációt igénylő súlyos orrvérzése jelentkezett. Ambulanciánkon 215 Hgmm-es systolés vérnyomást, 41-es BMI-t detektáltunk első vizit alkalmával, tenziója Kaptopril egyszeri adását követően mérséklődött. Antihipertenzívumként ACE-gátló, Béta-blokkoló, Imidazolinreceptor-agonista került bevezetésre, életmód-tanácsadás történt. Laboratóriumi vizsgálatok során Hemogloblin A1C 11,87%-nak, átlagos glükózkoncentráció 15,5 mmol/L-nek bizonyult. OGTT során a kezdeti glükóz koncentráció 17,2 mmol/L volt; a mért lipidprofil nem indikálta lipidcsökkentő kezelés bevezetését; CKD 2. stádiumú veseelégtelenség is igazolódott. Kettes típusú diabetes mellitus kezelése céljából inzulin terápia lett volna indikált, amely ugyanakkor a testsúlycsökkenés ellen hatott volna, így a beteggel is egyeztetve Metformin mellett Szemaglutid került bevezetésre. Vérnyomásnaplójában egy hét el-

teltével átlagosan 50 Hgmm-rel csökkent systolés vérnyomásértékek voltak megfigyelhetők, így antihipertenzív terápiáját a későbbiek folyamán nem módosítottuk. Dietetikai konzultáció történt. Szemészeti és kardiológiai kivizsgálás céljából a beteg előjegyzésre került. Nefrológiai konzílium idejére vesefunkciója javult, specifikus nefrológiai teendőt nem véleményeztek. Carotis-ultrahangvizsgálat során szignifikáns szűkület nem igazolódott. Has-kismedencei ultrahangvizsgálat során diffúz májlaesio, focal sparing, epehólyag-sludge, nephrolithiasis került leírásra. Későbbi vizit alkalmával már tíz kg-os testsúlycsökkenésről számolt be, tenziói magas-normális kategóriába kerültek. Teljes életmódváltás történt, rendszeres testmozgást végzett. Időközben Dapagliflozin is bevezetésre került, átlagos glükózkoncentráció 6 mmol/L-re, Hemoglobin A1C 5,46%-ra; BMI 31-re csökkent.

Következtetés: Az elhízás kezelése nem irányulhat önmagában csak a testsúly mérséklésére, hiszen a túlsúly következményeként számos szervrendszerben alakulhat ki akár maradandó egészségkárosodás.

41.

„A RITMUSZAVARON TÚL...”

PAROXYSMALIS SUPRAVENTRICULARIS TACHYCARDIA ÉS PULMONALIS EMBOLIA

Koreny V.¹, Papp V.²

¹Belgyógyászati osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan

²Belgyógyászati osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan

Bevezetés: A pulmonalis embolia a harmadik leggyakoribb kardiovaszkuláris eredetű halálok világszerte. Az irodalmi adatok alapján, a pulmonalis emboliával diagnosztizált betegeknek kb. 4–14%-ban jelentkeznek tachyarrythmiák. Ritkaságnak tekinthető, azonban pulmonalis emboliát kísérő ritmuszavar jelentkezhet paroxizmalis supraventricularis tachycardia (PSVT) képeben is.

Esetismertetés: Az 51 éves férfitbetegünket kórházunk sürgősségi osztályáról vettük fel osztályunkra, paroxysmalis supraventricularis tachycardia rendeződését követően. Kórelőzményéből magas vérnyomás és 2 évvel korábban zajlott PSVT emelendő ki. Sürgősségi osztályon szapora szívverés, mellkasi diszkomfortérzés miatt jelentkezett. EKG-regisztrátumon 190/perc frekvenciájú, keskeny QRS-ű, supraventricularis tachycardia látszódott, szabályos repolarizáció mellett. Laborjából emelkedett, kontrolllaborban azonban stagnáló hs-Troponin I, valamint emelkedett D-dimer érték voltak láthatóak. Sürgősségi osztályon alkalmazott intravénás adenosin két körben, 6-6 mg dózisban inadekvátnak bizonyult, ezért kalciumcsatorna- és béta-blokkoló kombinációval kezelték tovább, a sinus ritmus visszaállt. A tachyarrythmia ténye, az emelkedett D-dimer és a sinus ritmus visszaállása után több alkalommal készült EKG regisztrátumokon észlelhető

S1Q3T3 mintázat miatt felmerült pulmonalis embolia lehetősége, ezért mellkasi angio-CT-vizsgálatot végeztünk, amely bal oldali embolisatiót igazolt. A pulmonalis embolia etiológiájának tisztázása érdekében kétoldali alsó végtagi doppler ultrahangvizsgálatot rendeltünk el, amelyen thrombosis nem látszott. Kontrasztos mellkasi-hasi CT-vizsgálat malignus elváltozást nem igazolt. Obszervációja során betegünknek újabb PSVT futam nem jelentkezett, hemodinamikailag stabil állapotban otthonába emittáltuk, elektrofiziológiai vizsgálatra irányítottuk.

Összegzés: Irodalom adatokat áttekintve néhány esetismertetésen kívül informatív statisztikai összegzést a paroxysmalis supraventricularis tachycardiakkal szövődött pulmonalis embolisatióban szenvedő betegek túléléséről nem találunk. A betegség lefolyása, a paroxysmus kiújulásának aránya, a hosszú távú anticoaguláció indikációja nem ismert. Betegünket gyógyszeres terápiával, elektív elektrofiziológiai abszolút indikációjával emittáltuk osztályunkról.

42.

AZ EXTRAHEPATIKUS TÜNETEK FONTOSÁGÁNAK BEMUTATÁSA HCV FERTŐZÉS ESETÉN EGY KRÓNIKUS VESEBETEGSÉG MIATT GONDOZOTT PÁCIENS ESETE KAPCSÁN

Krolopp A.², Folhoffer A.¹, Szalay F.¹, Tislér A.¹, Bánhidi C.¹, Németh D.¹

¹Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest

Bevezetés: A HCV-fertőzés egészségügyi jelentősége még mindig világszerte kiemelkedő, továbbra is jelentős a fel nem fedezett esetek száma. Az idült HCV-fertőzött betegek megközelítőleg fele szenved extrahepatikus tünetektől, melyek a betegek életminőségét és életkilátásait is jelentősen rontják. A tünetek hátterében azonban sokszor csak évek múlva merül fel a vírusinfekció szerepe.

Esetbemutatás: 73 éves nő betegünk anamnéziséből Heine–Medin-kór, hypertonia, stroke, PSS, substitált hypothyreosis, glaukoma, mko. maculátáji thrombosis, immunthrombocytopenias purpura emelhető ki. Klinikánkon három éve progrediáló, tisztázatlan eredetű veseelégtelenség miatt jelentkezett vizsgálatra. Kivizsgálása során anti-HCV pozitivitást észleltünk. Az ezt követően elvégzett HCV PCR vizsgálat az aktív fertőzést igazolta. Az extrahepatikus tünetek kialakulásukért részben krioglobulinok, immunmechanizmusok és a vírus direkt hatásai állnak. A krioglobulin okozta bőr- és veseérintettség, neuropathia, mozgásszervi eltérések, lymphoproliferatív betegségek, valamint az ettől független vese érintettség, immunthrombocytopenias purpura, cukorbetegség, pajzsmirigy betegség, tüdő- és szemészeti eltérés gyakori velejárója a krónikus HVC fer-

tőzésnek Betegünk 8 hétig tartó ombitasvir/paritaprevir/dasabuvir antivirális kezelést kapott. A kezelés után végzett kontroll vírus PCR vizsgálatok negatívak lettek. A beteg HCV-infekciója gyógyultnak tekinthető. A későbbi kontroll leletek szerint vesekárosodása kis mértékben javult.

Megbeszélés: Az előbbieket alapján is fontos tanulság, hogy a krónikus HCV-fertőzés nem feltétlenül jelentős májeltérések képében jelentkezik. Mivel a betegség közel 100%-ban gyógyítható az új típusú direkt antivirális készítményekkel, kiemelten fontos, hogy a betegség a kevésbé „gyanús” esetekben is felismerésre kerüljön.

43. MIÉRT NEM SIKERÜLT A HYPOPITUITER BETEG ÉLETÉT MEGMENTENI?

Kupai K.¹, Nyiraty S.¹, Valkusz Z.¹

¹SZTE ÁOK Belgyógyászati Klinika, Endokrinológia, Szeged

Az 56 éves férfit 2022 decemberében járóbetegként kereste fel a területileg illetékes SBO-t, fáradékonyság, mellkasi panaszok miatt. Akut coronaria szindróma kizárásra került. Közel 3 hét elteltével, a beteg önként jelentkezett a pszichiátriai ambulancián, ahonnan azonnal osztályra került alvászavar és pszichomotoros meglassultság miatt. Felvételekor hipotenzió, emelkedett nekroenzimek, proBNP értékek és hiponatraemia látszódt, folyamatos Na-pótlás ellenére. A pótlás melletti, tartósan alacsony Na-szint miatt a beteget endokrinológiai osztályunkra átvettük, hypoadrenia gyanúja kivizsgálása céljából. Hormonprofilja alapján panhypopituitarismus igazolódott, mely háttérben a koponya képalkotó vizsgálat 9x12,5x10 mm-es hypophysis macroadenomát igazolt, idegsebészeti beavatkozás nem történt. Megfelelő hormonpótlás ellenére, a beteg állapotában javulás nem volt látható, a klinikai képet továbbra nagy fokú gyengeség, elesett állapot jellemezte. Microcytaer vashiányos anaemiáját magyarázó eltérés nem mutatkozott sem képalkotóval, sem gasztroszkópiával, viszont a gasztroszkópia során vett biopszia amyloidosis lehetőségét vetette fel. Ezt követően került a beteg a kardiológiai osztályra, ahol szív MR vizsgálat a diffúz késői kontrasztalmozással és emelkedett T1 mapping értékekkel támogatta a szív amyloidosis diagnózisát. Szérum immun elektroforézis során magas kappa könnyűlánc értéke miatt csontvelő-biopszia történt, mely eredmények alapján myeloma multiplex volt azonosítható, így a szívben AL amyloidosiszt írtak le. A betegnél a szívélégtelesség-terápia felépítését megkezdték, viszont újabb hipotenziós krízisbe került, Staphylococcus aureus fertőzés, szepszis alakult ki, melynek következtében a beteg 2023. február 14-én exitált.

44. HYPERTHYREOSIS HÁTTÉRÉBEN IGAZOLT PLURIHORMONÁLIS HYPOPHYSIS ADENOMA

Kurucz P.¹, Vajda Z.², Várallyay P.³, Sipos L.³, Szűcs N.¹

¹Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest

³Semmelweis Egyetem Idegsebészeti és Neurointervenciók Klinika, Budapest

Jelenleg 23 éves nőbeteg kivizsgálása gyermek endokrinológus által 17 éves korában kezdődött szekunder amenorrhea, fogyás miatt. Laborvizsgálat hyperprolactinaemiát és szekunder hyperthyreosist igazolt. Sella MRI a chiasma opticumot is komprimáló hypophysis adenomát mutatott. Paraseptális feltárásból műtét történt, szövettan GH, PRL és minimális TSH expressziót mutató hypophysis adenomát igazolt, mely 1. típusú plurihormonalis adenomának felelt meg. Műtét utáni kontroll MRI residuális adenomát mutatott, a beteg endokrinológiai gondozása 18 éves kor elérése után – compliance problémák miatt nagyobb megszakítással – felnőtt ellátásba került át, ahol recidív szekunder hyperthyreosis és acromegalia igazolódott. Szomatostatinanalog kezelés indult, valamint második paraseptális műtét történt. Szövettan ismét plurihormonalis adenomát igazolt. A műtét után szomatostatinanalog adása mellett a beteg IGF-1 szintje normalizálódott, valamint euthyroid állapotba került. Egy év múlva a betegnél ismét hyperthyreosis és acromegalia tünetei jelentkeztek, MRI-n növekvő residuum látszott. Hypophysis onkotom újabb műtétet, valamint szomatostatinanalog melletti progresszió miatt pasireotid terápiát javasolt. Pasireotid bevezetése után ismét idegsebészeti műtét történt, szövettan recidív plurihormonalis adenomát mutatott. A műtét után a beteg hasi panaszok miatt a pasireotidkezelést elhagyta, a kontroll MRI-felvételek során a tumor további progressziója látszott, így Cyberknife frakcionált sugárkezelés történt. Ezt követően a beteg elutasított minden további kezelést. Súlyos compliance-problémák miatt a beteg endokrinológiai utánpótlása megszakadt, idegsebészeti kontrollok alapján az adenoma mérete ugyan stabil, de hyperthyreosisa továbbra is perzisztál. Esetünkkel hyperthyreosis kialakulásának egy ritka okát, egy részben TSH, részben GH-termelő hypophysis adenomát mutatunk be, mely egy igazi irodalmi ritkaság, ugyanis a TSH termelő adenomák a hypophysis adenomák kevesebb mint 1%-át teszik ki. A kórkép megfelelő kezelése a műtėti megoldás, fennmaradó residuum esetén pedig az irradiáció. Emellett a szomatostatinanalogok is hatékonyak a TSH-termelés csökkentésére, jelen esetünkben a beteg compliance-problémái azonban jelentősen korlátozták a kezelési lehetőségeket.

45.

SZEPTIKUS GONITIS A BELGYÓGYÁSZATI OSZTÁLYON – EGY MSSA BACTERAEMIA ESETE

Leel-Össy T.¹, Békeffy M.¹, Szili B.¹, Mészáros S.¹, Horváth C.¹

¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

69 éves férfibetegünk anamnézisében gyermekkori szív-billentyű műtéten kívül más megbetegedés nem szerepelt. Pár hónapja a jobb térd nem traumás eredetű fájdalma és duzzanata miatt keresett fel egy ortopédiai rendelőt, ahol több alkalommal ízületi punkció történt. Állapota romlott, lázas lett, ezért sürgősségi osztály közvetítésével, septicus laborjelek miatt ortopédiai osztályra vették fel gonitis gyanújával. Ez a diagnózis nem igazolódott, ezért góckutatás céljából a Belgyógyászati és Onkológiai Klinikára irányították. Az itt elvégzett mikrobiológiai vizsgálatok (ismételt hemokultúra párok) methicillinszenzitív *Staphylococcus aureus* (MSSA) jelenlétét igazolták a sepsis hátterében, ezért parenterális cefazolin terápia indult. Egyéb infekciós okot nem találtunk. Az antimikrobás kezelést 3 hétig kapta, majd javuló klinikum, regrediáló gyulladásos paraméterek és ismételt negatív hemokultúrák birtokában otthonába bocsátottuk, térdprotézis műtetre előjegezve. 3 héttel később azonban ismét felvételére került általános állapotromlás, visszatérő láz miatt. Laborvizsgálatai az emelkedett gyulladásos értékek mellett transzfúziót igénylő anaemiát, jelentősen beszűkült vesefunkciót mutattak. Hemokultúrából ismét MSSA tenyésztett ki, ezért a cefazolin terápia újraindult. A látott klinikum hematológiai, illetve egyéb malignitás gyanúját keltette, emiatt mellkas-has-kismedence CT-vizsgálat történt, amelyen mindkét vesében septicus gócnak megfigyelhető multiplex laesiók mellett az L4-5 csigolyák spondylodiscitisé látszott. A további karakterizálás céljából végzett gerinc-MR-vizsgálat megerősítette a fenti diagnózist, emellett többszörös abszedáló folyamatot, epidurális terjedést, canalis spinalis szűkületet, gyöki kompressziót mutatott. Idegsebészeti konzílium szerint a neurológiai tünetek hiányában műtéti megoldás nem jött szóba. Transoesophagealis echokardiográfia vizsgálat kizárta az infekatív endocarditis lehetőségét. Infektológusunk további 2 hét cefazolin terápiát követő, 4 hetes sulfamet-hoxazole/trimethoprim kezelést javasolt, amely mellett jelentősen javult a klinikai kép, a beteg emittálhatóvá vált. Absztraktunk beküldésekor a kezelés még folyik, MR-kontroll vizsgálat tervezett a morfológiai eltérésekről. Esetünk felhívja a figyelmet az invazív beavatkozások veszélyeire, a septicus gócok alapos kutatására, illetve az antimikrobás kezelés stratégiájának megválasztására.

46.

ÁRAMLÁSI CITOMETRIA ALKALMAZÁSA A TUMORSEJT MEZENCHIMÁLIS ÉS EMBRIONÁLIS TULAJDONSÁGAINAK KARKTERIZÁLÁSÁRA

Linkner T.¹, Nagy Z.¹, Szakállas N.², Farkas E.¹, Bányai F.¹, Takács I.¹, Molnár B.¹

¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Biológiai Fizika Tanszék, Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Budapest

Bevezetés: A keringő daganatsejtek leszakadnak az elsődleges tumorról, és bejutnak a véráramba, ahol a test különböző részeire utazva áttéteket képeznek. Ezek a sejtek epiteliális-mezenchimális átalakuláson mennek keresztül, melynek során a daganatsejt elveszíti adhéziós képességét és mozgékony fenotípust vesz fel. A tumorsejtek keringésből történő kimutatása nagy diagnosztikai potenciált rejt magában. Azonosításuk olyan markereken alapul, mint a citokeratineket vagy a vimentint, amelyek kulcsmolekulák az epiteliális-mezenchimális átmenetben, vagy az SOX9, amely kiemelkedő szerepet játszik a tumorsejtek összejtszerű tulajdonságainak kialakulásában.

Célkitűzés: Célunk egy olyan technika optimalizálása volt, amely alkalmas a keringő daganatsejtek, valamint epiteliális-mezenchimális vagy embrionális átalakuláson áteső sejtek vérből történő kimutatására. Anyagok és módszerek: Alkalmazott módszereink között szerepel mágneses elven alapuló sejt szeparációs technika mellyel a CD45 pozitív sejteket depletáltuk a vérből. Alkalmaztunk továbbá áramlási citometriát mellyel sejtfelszíni, illetve sejten belüli markerek detektálhatóak fluoreszcens molekulákkal konjugált antitestekkel történő jelölést követően.

Eredmények: A CD45 pozitív sejtek vérből való depleciója után sikerült kimutatnunk a citokeratin pozitív keringő tumorsejteket. Vimentin pozitív sejtpopuláció is kimutatható a betegek véréből. Ezen túlmenően, sikerült azonosítanunk SOX9 pozitív sejteket, amelyek összejtszerű állapotú tumor sejtek jelenlétére utalnak.

Konklúzió: Összességében megállapítható, hogy a mágneses elválasztás alkalmas a keringő daganatsejtek teljes vérből való dúsítására. Továbbá az áramlási citometria kulcsfontosságú módszer a keringő daganatsejtek és az embrionális átalakuláson átesett tumor összejtek kimutatására.

47.

HEPATOMEGALIA RITKA OKAI

Lupas D.¹, Veres A.², Varga M.¹

¹Békés Megyei Központi Kórház, dr Réthy Pál Tagkórház, Belgyógyászati Mátix-Gasztroenterológia, Békéscsaba

²Békés Megyei Központi Kórház, dr Réthy Pál Tagkórház, Endokrinológia, Békéscsaba

Bevezetés: A hepatomegalia egy gyakori kórkép a bel-

gyógyászok gyakorlatában, azonban az aetiológiának pontos diagnózisa kihívásnak bizonyulhat, a differenciál diagnózis gyakran összetett.

Esetbemutató: Esetünk egy 25 éves nőbeteg, aki-nek kórelőzményében 1-es típusú diabetes mellitus szerepel. 2019 és 2024 közt több alkalommal feküdt az intézményünk endokrinológiai és intenzív osztályán, hyperglykaemia, anyagcsere kisiklás miatt. 2024 márciusában hasi fájdalom miatt hasi CT történt, melyen a crista iliacaig érő máj megnagyobbodást írtak le. Hepatitisz vírus szerológia negatívnak bizonyult, autoimmun májbetegség irányába történt kivizsgálás is negatív eredményekkel zárult, toxikus ágens kizárható volt, gyógyszer mellékhatás nem merült fel. Budd–Chiari-szindróma kizárása miatt hasi CT-angiográfia is történt, azonban ez is kizárható volt. Májstatus pontos megállapítása céljából UH-vezérelt májbiopszia történt, mely során microvesicularis steatosis mellett, I típusú diabetezzel asszociált glycogen hepatopathia igazolódott.

Összefoglalás/konklúzió: A hepatomegaliával gyakran találkozunk a mindennapi belgyógyászati gyakorlatunkban, azonban a pontos diagnosztizálás hosszadalmas, kiterjesztett vizsgálatokat igényel. Amennyiben a „klasszikus” kórképek nem igazolódnak, fontos a beteg kórelőzményét figyelembe venni a kivizsgálás során, a hepatomegalia oka nem feltétlenül primer májbetegség lehet. A glycogen hepatopathia egy nem gyakori komplikációja a diabetesnek, de gondolnunk kell rá, diagnosztikája fokozott figyelmet igényel.

48.

EGYSÉGBEN AZ ERŐ – BIOLÓGIAI TERÁPIA ÉS ENDOSZKÓPIA A CROHN-BETEGSÉG ELLÁTÁSÁBAN

Magyar D.¹, Bor R.¹, Bösze Z.¹, Fábán A.¹, Kui B.¹, Szántó F.¹, Szepes Z.¹

¹SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika
Gastroenterológiai Centrum, Szeged

A multifaktoriális kórereditű gyulladásos bélbetegségek közé tartozó Crohn-betegség kialakulásában szerepet játszik a bélben lévő mikroorganizmusok antigénjeire adott kóros immunválasz. A biológiai terápia ebben a patológiás immunfolyamatban részt vevő citokinek termelésének és aktiválódásának szabályozásán alapul.

A több mint 20 éve Crohn-betegséggel diagnosztizált férfipáciens hatszor esett át vékonybél-reszekción, és az emiatt kialakult rövidbél-szindróma miatt otthoni parenterális táplálásban részesült. 2021-ben került gondozásunkba, mindaddig helyi hatású kortikoszteroid és mesalazin terápiát kapott, biológiai kezelésben még nem részesült. Hasi CT-vizsgálat aktivitás jeleit véleményezte a korábbi reszekció varratvonalában, így infliximab- és azathioprinkezelés indult, amelynek köszönhetően remissziót sikerült elérni, azonban 6 hónappal később tovább fokozódtak a tünetek, így a TNF-alfa-gátló kezelés dózisát 10 mg/ttskg-ra emeltük. Másfél évvel később ismét kifejezett panaszokkal

jelentkezett, így az infliximab hatásvesztése miatt adalimumabra váltottunk. A váltást követően három hónappal azonban ismételt relapszus miatt hospitalizáció történt, és a biológiai terápiát ustekinumabra cseréltük. 2024 februárjában fogyás, állapotromlás jelentkezett. Kiegészítő vizsgálataink (CT-enterográfia, gasztroszkópia) gyomorkimeneti obstrukciót okozó kevert – Crohn-betegség aktivitásos és fibrotikus – pylorus szűkületet, valamint a duodenojejunalis átmenetben presstenotikus tágulatot okozó kettős szűkületet igazolt. Az eleve parenteralisan táplált betegnél újabb reszekció tovább rontotta volna a helyzetet, így endoszkópos minimális invazív megoldást választottunk, amely során sorozatos, szekvenciális ballonos dilatációkat végeztünk mindkét szűkületnél szteroid infiltrációval, valamint teljesen bevont fémstentelés történt stentfix helyezésével. A beavatkozás hatására jelentős testsúlygyarapodást (15 kg) és életminőség javulást észleltünk.

Esetünkkel két dologra szeretnénk felhívni a figyelmet: a Crohn-betegség (stenotizáló al csoportjában is) időben történő effektív kezelésével meg lehet akadályozni, lassítani lehet a súlyos szövődmények kialakulását, valamint az endoszkópos lehetőségek segítségével hatékonyan tudjuk kezelni a komplikációkat, ezáltal elkerülhető, késleltethető a műtét.

49.

NEFRÓZIS SZINDRÓMA IMMUNOLÓGIÁJA

Markóth C.¹

¹Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet A épület, Nephrológiai Tanszék

A nefrózis szindróma a glomerulonefritisek az egyik vezető klinikai megjelenési formája napjainkban is. A kórkép háttérében álló okok feltárása alapos kivizsgálást igényel. A részletes anamnézis felvétel a szekunder okok felderítése miatt elengedhetetlen, az immunszerológiai eredmények a vesebiopsziás mintában talált eltérések pontos klinikai értékelését segítik. A szindróma háttérében hazánkban leggyakrabban a membranózus nephropathia áll, melyben az elmúlt évek diagnosztikus fejlődésének köszönhetően újabb antigének igazolódtak. Korábban a kórkép felosztását primer (idiopátiás) és szekunder (háttérben álló ismert/valószínűsíthető ok) alapján végeztük. A legújabb ajánlások már kétlépcsős azonosítást tartanak szükségesnek. Először a célantigén felderítése javasolt több lépésből álló algoritmus alapján, az immunszerológia, a vesebiopszia során nyert minta szövettani lelete, annak immunfluoreszcens, immunhisztokémiai és/vagy tömegspektrometria módszertannal történő vizsgálatának kombinációjával. A második lépés a célantigén ismeretében a háttérben álló alapbetegség felkutatása, mely a kezelést is meghatározza. A podocitopátiák, a klasszikusan nem immunkomplex glomerulonefritisek közé sorolt minimális elváltozású nephropathia és primer fokális szegmentális glomeruloszklerózis újabb vizsgálataiban a filtrációs membrán, a podociták közötti egységet, kap-

csolatot fenntartó nefrin ellenes antitestet mutattak ki, mely felveti, hogy ebben a betegségsz csoportban is indokolt lehet a B sejt ellenes kezelés. A szisztémás immunbetegekhez társuló nefrózis hátterében érdemes megemlíteni a tisztán V-ös osztályú lupusz nefritisz mellett a lupusz podocitopátiát, mely a lupusz 'minimális elváltozású nephropathiája'. A szisztémás tünetek mellett a glomerulusokban immunkomplex depozíció nem igazolható, prognózisa kedvezőbb. A szekunder okok közül kiemelendő még a paraneoplasztikus, mind szolid, mind hematológiai daganatos betegségekhez társuló glomerulopátia, mely gyakran megelőzi az daganatos betegség klinikai diagnózisát. A fentiek alapján nefrózis szindróma esetén a vesebiopszia mellett az immunszerológiai vizsgálatok jelentős segítséget nyújtanak a diagnózis pontos felállításában. A háttérben álló ok, alapbetegség kezelésével a proteinuria csökkentése, részleges/teljes remisszió elérése a vesebetegség progresszióját is mérsékli.

50. HYPOPARATHYREOSIS- ÉS HYPOTHYREOSISHOZ TÁRSULÓ SÚLYOS DEPRESSZIÓ

Márkus M.¹

¹SZTE ÁOK Belgyógyászati Klinika, Endokrinológia Osztály, Szeged

Esetbemutatás: 50 éves nőbeteg 2013-ban teljes pajzsmirigy-reszekción esett át papillaris carcinoma gyanúja miatt. Szövettani eredménye papillaris microcarcinomát és Hashimoto-thyreoiditist igazolt. A műtét után hypothyreosis miatt pajzsmirigyhormon-pótló kezelést, és hypoparathyreosis miatt kalcium- és D3-vitamin-pótlást kapott, 800 mg kalciumot, 1500 NE D3-vitamint, 0,25 µg aktív D3-vitamint. Per os D3-vitamin- és kalciumszedés mellett tünetmentes volt 2024-ig. Súlyos hasi fájdalom, gyengeség, depresszió, szuicid szándék miatt került a sürgősségi osztályra. A TSH és T4 értékek megfelelő pajzsmirigypótlást igazoltak, ami nem magyarázta a tüneteit. Kalciumszintje 1,49 mmol/L. A Pszichiátriai Osztály felvette, SSRi terápiát indítottak. Átvettük a beteget az Endokrinológia és Anyagcsere Osztályunkra. A súlyos hypocalcaemia miatt aktív D-vitamint, D3-vitamint, intravénás és per os kalciumpótlást kapott. 7 nap terápiát követően klinikai tünetei szanálódtak, súlyos depressziós tünetei javultak, hasi panaszai enyhültek.

Konklúzió: Nem tudjuk, hogy az alacsony kalciumszintje okozta-e a szuicid szándékot és a súlyos depressziót, de biztos, hogy a normális kalciumszint fontos a normális idegrendszeri működéshez.

51.

ESETBEMUTATÁS: INFLAMMATORIKUS PSEUDOTUMORT OKOZÓ IDEGEN TEST MINT SARCOMA

DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKA

Morár A.¹, Egresi A.¹, Hagymási K.¹, Werling K.¹, Benkő T.², Pekli D.², Korda D.³, Meltzer Z.², Bárdos D.², Halász J.⁴, Mühl D.⁵, Dezsényi B.², Hahn O.², Szijártó A.²

¹1st Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Gasztroenterológia Tanszék

²2nd Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

³3rd Semmelweis Egyetem, Intervenció Radiológiai Tanszék

⁴4th Semmelweis Egyetem Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostan

⁵5th Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Onkológiai profil

Egy 67 éves nőbeteg esetét mutatjuk be, akinek a kivizsgálása uroinfectio, septicaemia miatt kezdődött. Szeptikus állapotát húgyúti fertőzés nem magyarázta, ezért további góckutatás céljából hasi ultrahangvizsgálat készült, amely a máj bal lebenyétől egyértelműen el nem választható inhomogén, fokális képlet jelenlétét igazolta. Az elváltozás pontos megítélésére készült CT-vizsgálat megerősítette a máj S3-ban lévő inhomogén, centrális hypodensitásokat is tartalmazó, kb. 6 cm (52x57x40 mm) átmérőjű képlet jelenlétét. A képlet pontos dignitásának megítélésére szövettani mintavétel történt, amely szekunder biliaris sclerosist okozó reaktív (fertőzés vagy a biliaris rendszert érintő gyulladás) „inflammatorikus pseudotumor” mellett felvetette inflammatorikus myofibroblasticus sarcoma jelenlétét. Immunhisztokémiai vizsgálatok a sarcoma jelenlétét biztonsággal igazolni nem tudták (ALK-1 negativitás). A páciens fáradékonyság mellett további panaszokat nem jelezett, laborsorában jelzetten emelkedett GGT (39 U/L) érték mellett kóros eltérés nem igazolódott. A levett immunpanel, hepatitis szerológiai vizsgálatok és tumormarkerek is negatívnak bizonyultak. Hepatobiliaris Munkacsoport az eltérést vélhetően a gyomorból penetráló idegentest kiváltotta reakciónak véleményezte. Felső panendoszkópia idegentest jelenlétét nem igazolta. Az inflammatorikus pseudotumorok ritka elváltozások, amelyek elnevezésüknek megfelelően rosszindulatú daganatok megjelenését utánozhatják. Szisztémás gyulladásos tünetekkel járnak, gyulladásnak megfelelő laboratóriumi eltérésekkel, esetenként emelkedett tumormarkerekkel. Megjelenésük képalkotó vizsgálatokon változatos, pontos diagnózis felállítása csakis szövettani mintavétellel lehetséges. A fenti esetbemutatás kapcsán szeretnénk kiemelni a multidiszciplináris team, valamint a klinikopatológiai korreláció jelentőségét.

52.

RECIDÍV PLEURALIS FOLYADÉKGYÜLEM EGY FIATAL FÉRFIGETEG ESETÉBEN

Nagy Á.¹, Kempler M.¹

¹Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

2024 elején egy 51 éves férfi jelentkezett klinikánkon effort dyspnoe tüneteivel. Anamnézisében mindössze kezelt magas vérnyomás és congenitális vesecysták szerepeltek. Területen készült mellkasröntgen hydrothoraxot és kezdődő pneumóniát véleményezett, emiatt per os antibiotikus kezelést kapott. A kezdeti javulást követően a beteg állapota visszaesett, területi illetékeség alapon klinikánkra került, ahol újfent kifejezett mennyiségű szimmetrikus, bal oldali túlsúlyú, kétoldali pleuralis folyadékgyülemet detektáltunk. Thoracocentesis történt, mely során 1,5 liter szalmasárga folyadékot bocsájtottunk le, ami exsudatumnak bizonyult a laboratóriumi vizsgálat során. Kivizsgálását követően virális pneumóniát véleményeztünk, konzervatív terápiára állapota javult, otthonába bocsájtottuk. Egy hónap elteltével panaszai kiújultak, újfent kórházi felvételre, thoracocentesisre szorult. Citológia vizsgálattal CEA és CK19 pozitív malignus sejtek látszóttak, melyek felvetették a felső gasztrointesztinális tumor gyanúját. Gasztroszkópia készült, mely submucosalis terimét látott a gyomorban, az innen vett biopszia krónikus gastritist igazolt. Ezen biopsziás mintavételben viszont csak a gyomor nyálkahártya látszott, emiatt endoszkópos ultrahangot és mintavételt szerveztünk, mely pecsétgyűrűsejtes adenocarcinomát igazolt. PET-CT készült, ami távoli áttéket nem, de fokozott pleuralis halmozást mutatott, ami magyarázza a recidív hydrothoraxot és a citológiai mintában látott malignus sejteket. Ezt követően megkezdtük a beteg szisztémás kemoterápiás kezelését. A kezdeti kedvező válasz ellenére a beteg állapota progrediált, többszöri osztályos felvételre került sor. 2024 augusztusában septicus állapot miatt került sor felvételére, a széles spektrumú, kombinált, majd célzott antibiotikus kezelés ellenére exitált. Az ismert tumoros folyamatra és a család kifejezett kérésére tekintettel kórboncolás nem történt.

53.

KOMPLEMENT GÁTLÓ KEZELÉssel VISSZAFORDÍTOTT CÉLSZERVKÁROSODÁS

Nagy T.¹, Bajcsi D.¹, Bitó L.¹, Berkesi E.²,
Modok S.³, Borbényi Z.³

¹Nefrológia Centrum, SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika, Szeged

²Nefrológia Osztály, Békés Vármegyei Központi Kórház, dr. Réthy Pál Tagkórház, Békéscsaba

³Hematológia Centrum, SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika, Szeged

31 éves férfigetünket a területileg illetékes fertőző osztályra vették fel láz, légúti panaszok, SARS-CoV2

antigén gyorseszteszt pozitivitás miatt. Laboratóriumi vizsgálat során akut veseelégtelenség (kreatinin: 616 umol/L, eGFR: 9 ml/min/m²), thrombopenia (42 G/L) igazolódott magas LDH-szint (3227 U/L) mellett. Hasi UH-vizsgálat infekcióforrást, postrenalis obstrukciót nem igazolt, a vesék nagyobbak, fokozottan vascularizáltak voltak. A beteg légúti tünetei gyorsan javultak, egyéb kórokozó nem volt azonosítható. Az időközben kialakuló anaemia miatt felmerült thromboticus mikroangiopathia lehetősége, melyet az alacsony szérumbilirubin szint (0,19 g/L), ill. a vérkenet ellenőrzés során látott fragmentocyták megerősítettek. HD-kezelés megindítását követően atipikus HUS iránydiagnózissal átvételre került osztályunkra. Kóroki tényezőként felmerülő infekciót a korábban elküldött mikrobiológiai diagnosztika kizárta, immunszerológiai vizsgálat szintén negatív eredményt adott. Komplement diagnosztika céljából mintavétel történt, mely a terminális komplement kaskád túlzott aktivációját igazolta. Az előbbi eredmények tükrében, aHUS gyanúja miatt terminális komplement kaskád gátló eculizumab terápia indult, mely mellett a beteg vesefunkciója, anaemiája gyors javulást mutatott, LDH-értékei normalizálódtak, HD-kezelése felfüggeszthetővé vált. Genetikai analízis során a CD46 gén homozigóta és a CFH gén heterozigóta polimorfizusa igazolódott, mely megerősítette az aHUS diagnózist. Az eculizumabot utóbb ravulizumabra váltottuk, a beteg nefrológiai és hematológiai szempontból remisszióban van. Thrombopenia, anaemia és célszervkárosodás gyanúja (veseelégtelenség, encephalopathia, görcstevékenység) esetén szükséges az LDH, a szérumbilirubin és a haptoglobin szint meghatározása, ill. vérkenetellenőrzés fragmentocyták elkülönítése céljából. TMA gyanúja esetén fontos a lehetséges szekunder okok gyors kizárása, majd az ADAMTS13 meghatározás és a részletes komplementdiagnosztika. AHUS esetén kóroki tényezőként az alternatív komplement út amplifikációja azonosítható, mely HD-igényű akut veseelégtelenséggel, enyhébb cytopeniákkal társul. Fontos az időben megkezdett adekvát terápia, melyhez a beteget apheresisre akkreditált, nefrológiai-, hematológiai- és intenzív osztályos háttérrel rendelkező centrumba szükséges irányítani. Az időben megkezdett célzott kezeléssel a célszervkárosodás jórészt visszafordítható.

54.

NUKLEOTID SZUPPLEMENTÁCIÓ ÉS DEPLÉCIÓ VASTAGBÉLRÁK SEJTVONALRA GYAKOROLT HATÁSA

Nagy Z.¹, Felletár I.¹, Linkner T.¹, Szakállás N.²,
Molnár B.¹, Takács I.¹

¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Biológiai Fizika Tanszék, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest

Bevezetés: A nukleotidok szükségesek a sejtprolifera-

cióval kapcsolatos különféle biológiai folyamatokhoz. Az RNS/DNS szintézisben betöltött szerepük ismert, azonban a sejtek nukleotidszintjében bekövetkező változások hatása a sejtfiziológiára kevésbé feltérképezett.

Célkitűzés: Célul tűztük ki, hogy megvizsgáljuk a DNS szintézis szempontjából fontos nukleotid megvonás és felesleg eltérő hatásait egy vastagbélrákos sejtvonalon.

Módszerek: A kontroll mintákhoz képest a nukleotid felesleget 200 μ M dNTP koncentráttal kevert tápfolyadékkal modelleztük és ezzel inkubáltuk az SW480 sejteket. Vizsgáltuk a szupplementáció időbeli lefolyását 2–72 órás intervallumban. Ezen felül a sejtek éheztetését és az ebből fakadó DNS építőkövek hiányát, folsav megvonással tartottuk fent. A DNS és fehérje szintű változásokat immuncitokémiával és áramlási citometriával is megvizsgáltuk.

Eredmények: Eredményeink azt mutatták, hogy kontroll mintákban mért vastagbélrák sejtvonalra jellemző magas DNS töredezettség a dNTP szupplementáció hatására mérséklődött. A mesenchymális markert (vimentin) nagymértékben kifejező sejtekben az emelkedett nukleotid szint hatására lecsökkent a fehérje expressziója, annak ellenére, hogy a sejtciklus vizsgálat során intenzívebb sejtosztódást (S, G2/M) mértünk a kezelt sejtekben. Kísérleteink során azt is megfigyeltük, hogy a SOX9 tumor őssejt marker éheztetés hatására fokozott kifejeződést mutatott fehérje szinten.

Következtetés: Az eltérő dNTP szint befolyásolja a sejtek viabilitását és anyagcseréjét. A tumorban egyes onkogének hatással lehetnek a nukleotid metabolizmusra, ezzel csökkentve a rákos sejtekben szintjüket, amely replikatív stresszt és genom instabilitást eredményez ezzel fokozva a tumorprogressziót. A hiány hatására fellépő SOX9 fokozott kifejeződéséről ismert, hogy pozitívan korrelál a tumor előrehaladottabb állapotával és a kemoreszisztenciával.

55. TÉVÚTON JÁRÓ DIAGNÓZIS: MELLÉKVESE EREDETŰ TÉRFOGLALÁS, PANKREASZ CARCINOMA VAGY FOLLIKULÁRIS LYMPHOMA?

Nemes-Antal Z.¹, Istenes I.¹, Körei A.¹

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai
Klinika*

79 éves, ECOG 0 státuszú nőbeteg anamnézisében hypertonia és asztma szerepelnek. Hasi panaszok miatt területi szakrendelőben 2024.04.12-én az ultrahang, majd a 05.09-én készült CT felvétel egy 6x6x12 cm-es, a bal mellékvesével összefüggőnek véleményezett retroperitoneális tumort írt le. Ezt követően endokrinológiai szakrendelésre utalták be, ahol vizelet metanephrin és normetanephrin, illetve szérum ACTH, kortizol, renin és aldosteron szinteket mértek, melyek eltérést nem mutattak. További kivizsgálás céljából a beteg elektív belgyógyászati osztályos felvételét javasolták,

melyre 07. 16-án került sor. Osztályunkon a korábbi eredményeket áttekintve, azokat a szteroid prekursorok vizsgálatával és kisdózisú dexamethason tesztel kiegészítve a daganat mellékvese eredetét valószínűtlennek tartottuk és a terime UH vezérelt biopsziás mintavételét, valamint staging CT-vizsgálatot indikáltunk. A páciens laborsorában enyhe normocyter anaemia és mérsékelten beszűkült vesefunkció mellett a szűrő jelleggel elvégzett tumormarker vizsgálaton igen emelkedett CA-19-9 szint látszódott. Ismételt CT-vizsgálat pankreaszeji tumort véleményezett, kiterjedt vaszkuláris érintettséggel, kiterjedt bal retroperitoneális térfoglalással, hasi limfadenopátiával és felmerülő multiplex csontmetasztázissal. Így a pácienset pankreasz carcinoma iránydiagnózissal a szövettani lelet elkészültéig profilaktikus antikoaguláció mellett jó állapotban otthonába bocsátottuk. A szövettani vizsgálat 08. 02-án klasszikus low-grade follikuláris lymphomát igazolt. Urgens PET-CT-vizsgálat történt, melynek véleménye alapján a pankreaszban található képlet metabolikus aktivitása a nyirokcsomókhoz hasonló volt, és a korábbi képanyaghoz képest a terime jelentős növekedést nem mutatott, így a látott képletet a lymphoma manifestációjának tulajdonítottuk, amely okozhatta a magas CA-19 szintet. A páciensnél rituximab-bendamustin kezelés indult.

Konklúzió: Az indolens lymphomák jelentkezhetnek igen atípusos tünetekkel. A kiegészítő vizsgálatok kiterjedt tumoros folyamat esetén biztonsággal a malignitás origóját meghatározni nem tudják, akár rossz irányba is terelhetik a diagnosztikát. A tumormarker-vizsgálatok diagnosztikus értéke szintén korlátozott értékű, a definitív diagnózis érdekében mihamarabbi szövettani mintavétel szükséges.

56. EGY RITKA KÓR DIAGNOSZTIKAI NEHÉZSÉGE – ESETISMERTETÉS

Netye Z.¹, Crai S.¹, Zsóri G.¹, Ilyés S.¹, Rácz B.¹, Bordás L.¹, Szalai L.¹, Gurzó Z.², Novák J.¹

¹*III. sz. Belgyógyászati osztály- Gasztroenterológia,
Békés Vármegyei Központi Kórház Pándy Kálmán
Tagkórháza, Gyula*

²*Endoscopy Labor, Békés Vármegyei Központi
Kórház Pándy Kálmán Tagkórháza, Gyula*

A Whipple-kór egy ritkán előforduló, bakteriális megbetegedés, melyet a Tropheryma whipplei baktérium okoz, számos szervet érinthet, ezáltal klinikuma változatos. Lefolyása idült, relapsusokkal kísért kezelés nélkül akár fatális is lehet. Klinikumában a gyomor-bélrendszer is érintett lehet. Ezáltal a diagnózishoz az endoszkópia illetve szövettani mintavétel visz közelebb bennünket. De segítségünkre lehet a PCR technika is. Kezelése hosszan elhúzódó antibiotikus terápiából áll, amellyel a prognózis igen jó, a relapsus a megbetegedést követően akár évekkel is előfordulhat. Egy 69 éves férfitbetegünk kapcsán szeretnénk bemutatni e

ritka kórkép diagnosztikájának nehézségeit. Akinek kórelőzményében aethylizmus, hypertonia valamint discopathia szerepel. Görcsös hasi fájdalom, fogyás, krónikus hasmenés miatt vizsgálták a sürgősségi osztályon. Laborjában ioneltérések, illetve emelkedett gyulladásos markerek voltak láthatók. Hasi CT-vizsgálat során hasi lymphadenomegália került leírásra. További laborjában, vashiány illetve hypoalbuminaemia volt látható, normál tartományon belül levő tumormarkerek mellett. Gasztroszkópos vizsgálatot végeztünk mely során a gyulladtnak imponáló duodenum szakaszból szövettani vizsgálatra mintavétel történt. Patológiai vizsgálat biztosította számunkra a pontos diagnózist, PAS festéssel pozitív anyagot tartalmazó habos plazmájú makrofágok csoportos megjelenését igazolta. Mely a fagocitált baktériumok degradált falának maradványából áll. Továbbiakban antibiotikus kezelés hatására a beteg állapota folyamatos javulást mutatott. Betegünk kórtörténetét azért tartottuk bemutatásra érdemesnek, mert a betegség ritkán fordul elő és nehéz a differenciáldiagnosztikája. Ízületi panaszok, hasi fájdalom, idült hasmenés, felszívódási zavarra utaló klinikai és laboratóriumi kép mellett gondolnunk kell a Whipple-kórra is.

57.

AZ INSULINOMA FELISMERÉSÉNEK JELENTŐSÉGE A KLINIKAI GYAKORLATBAN

Papp D.¹, Papp V.²,

¹Belgyógyászati osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan

²Belgyógyászati osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan

Célkitűzés: A prezentációnk témájaként egy neuroendokrin daganattípust, az insulinomát választottuk, amelyet egy osztályunkon vizsgált betegünk esetén szeretnénk bemutatni. Az insulinoma a hasnyálmirigy neuroendokrin sejtjeiből kiindulva szabályozatlanul, a szervezet igényénél jóval nagyobb mennyiségű inzulint választ el. A fokozott inzulin elválasztás hypoglykaemiát okoz, következtében jellegzetes központi idegrendszeri és szimpatikus tüneteket eredményez. Diagnosztikájában a klinikai tünetek mellett a éheztetéses teszt, illetve a képalkotó vizsgálatok játszanak fontos szerepet.

38 éves férfitbetegünk esetében 2018-ban visszatérő neuroglykaemiás tünetek jelentkeztek fizikai megterhelés hatására. A többszöri hypoglykaemiás rosszullétek miatt a betegünk évekig járt különböző szakrendelésekre, ahol érdemi diagnózis nem született. A betegünk 2024 júniusában került kivizsgálás céljából osztályunkra. Felvételi laborjában alacsony vércukorszint (3,5 mmol/l), normál C-peptid (0,9 nmol/l) és hemoglobin A1c értéket (4,8%) kaptunk. Az insulinoma diagnosztikájában fontos szerepet játszik az éheztetéses teszt, amelyet mi is elvégeztünk, és az első néhány órában már hypoglykaemia jelentkezett, és a teszt során a

vércukor értékek 1,4-2,6 mmol/l között mozogtak, azonban emellett az inzulinszintek normál tartományban maradtak. Tumorkutatás céljából CT-vizsgálatot végeztettünk, amely a pancreas feji részében leírt egy 23x24x19 mm átmérőjű képletet, amely neuroendokrin tumornak megfelelt a klinikum alapján. Az elvégzett chromogranin-A tumormarker vizsgálat pozitív eredményt adott. A végleges diagnózist a célzott pancreas ultrahang után állították fel centrumban és sebészeti eltávolítását javasolták; pylorus megtartásos pancreatoduodenectomya elvégzésével.

Módszerek: Esetismertetés.

Eredmények: A kutatásunk eredményeiből kiderül, hogy a neuroendokrin daganat felismerése a klinikai gyakorlatban jelentős problémát jelent ritka előfordulási gyakorisága miatt; a betegek későn jutnak diagnózishoz. Átlagosan a klinikai tünetek megjelenése és a diagnózis felállítása között évek telnek el.

Következtetés: Az általunk bemutatott esetünk rávilágít arra, hogy ha többszöri hypoglykaemia rosszullét jelentkezik egy betegnél, akkor differenciáldiagnosztikai elemzés részeként gondolni kell az insulinoma lehetőségére is és ez irányban is fontos a diagnosztikus vizsgálatokat elvégezni.

58.

HYPERCALCAEMIA A KLINIKAI GYAKORLATBAN

Papp V.¹, Mogyorósi K.², Stefán Á.³

¹Belgyógyászati osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan

²Belgyógyászati osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan

³Radiológiai Osztály, Hatvani Albert Schweitzer Kórház, Hatvan

Célkitűzés: Prezentációnk témájaként a hypercalcaemiát választottuk; egy osztályunkon kezelt betegünk esetét szeretnénk bemutatni. A normál szérumszint mellett szűk tartományon belül szabályozott. Hypercalcaemiáról 2,65 mmol/l feletti szérumszint mellett beszélünk. Hypoalbuminaemia vagy a kalcium albuminhoz való kötődését csökkentő állapotok esetén különösen fontos kiegészítő paraméter az ionizált kalciumszint és a korrigált kalcium. A kalcium homeosztázis két alappillére a parathormon és a kalcitriol. A hypercalcaemia szerteágazó panaszokhoz okozhat. A primer hyperparathyreosis mellékpajzsmirigy adenoma, mellékpajzsmirigy diffúz hyperplasia, ritkán mellékpajzsmirigy carcinoma miatt alakulhat ki. 49 éves nőbetegünk anamnézisében GERD, allergiás asthma szerepel. 2017-es laborjában már magas kalcium látszott. 2024. 03. 26-án hospitalizáltuk kb. egy hete progrediáló oedemás állapot miatt, háttérben súlyos hypoproteinaemia és hypoalbuminaemia igazolódott, melyhez magas szérumszintű kalcium társult. Mellkasröntgen, ill. hasi ultrahangvizsgálata negatív eredményt adott. Vizelet összfehérje kiemelkedően magas

volt. Autoimmun és vasculitis panel, szerológiai vizsgálat negatív eredménnyel zárult. Hyperlipidaemia igazolódott. Furosemide mellett nephrosis szindróma írása miatt ACE-gátló és MRA került bevezetésre, valamint LMWH- és ulcus prophylaxis indult, továbbá humán albumint adtunk. Parathormon mérése kiugróan magas értéket adott. Hypercalcaemia miatt a furosemide terápia mellé szteroid kezelést indítottunk. CT malignitást nem igazolt, nephrolithiasist írt le. Kezelése mellett a beteg fokozatosan kompenzálódott. Kivizsgálását ambulanter folytattuk. Chromogranin A értéke magas lett. Vesebiopszia minimal change nephropathiát mutatott. Mellékpajzsmirigy szcintigráfiás vizsgálata adenómára utaló eltérést nem igazolt, viszont nyaki lágyrész ultrahang a jobb pajzsmirigy lebeny körül leírt, mellékpajzsmirigyeknek imponáló, echoszegény képletek UH képe kapcsán térfoglalás gyanúját vetette fel, de a somatostatin receptor szcintigráfia negatív eredményt adott, nyaki lágyrész CT és nyaki MR vizsgálata is negatív eredményt adott, további kivizsgálás szükséges. A kutatásunk eredményeiből kiderült, hogy a serum kalcium mérés a mindennapi klinikai gyakorlatban is nagy jelentőséggel bír, ennek ellenére a hypercalcaemia okának feltérképezése éveket késleltet.

59.

PRIMER BILATERALIS MACRONODULARIS MELLÉKVESE HYPERPLASIA

Perge P.¹, Mezei P.², József I.², Kiss E.², Huszty G.³, Kovács K.⁴, Tőke J.¹, Tóth M.¹

¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár

³Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

⁴Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest

Bevezetés: A primer bilaterális macronodularis adrenalis hyperplasia (PBMAH) ritka kórkép, az endogén Cushing-szindrómás esetek <2 %-ában fordul elő. A betegség ritkán tumor-szindrómákhoz társul, gyakrabban izolált formában kerül felismerésre. Utóbbi esetekben sporadikus és csírasejtes génmutációkhoz kötött, örökletes megjelenést is leírtak. A mellékvesékben lévő nagyméretű (> 1 cm) nodulusok hormontermelése változatos klinikai megjelenésű és súlyosságú hyperkortizolizmust okoz.

Esetleírás: Betegünk kórelőzményében a hypertonia, diabetes mellitus, obesitas, osteopenia és depresszió vetette fel Cushing-szindróma gyanúját. Az endokrinológiai kivizsgálás ACTH-independens hyperkortizolizmust, a hasi computer tomográfia mindkét mellékvesében nagyméretű (A jobb mellékvesében 78x35x10–20 mm, bal mellékvesében 62x25x20 mm nagyságú), inhomogén, hypodenz nodularis elváltozásokat írt le. A betegség kezelésére egyoldali adrenalectomiát javasoltunk, a voluminózusabb bal oldali mellékvese eltávolításával. A tumor hisztomorfológiai megjelenése (a nem-világossejtes komponens pseudoglanduláris és trabecularis mintázata) megfelelt a később elkészült genetikai vizsgálat eredményének, ami szerint a betegséget egy csírasejtes, ismert patogén ARMC5 génmutáció okozta. A műtét óta eltelt közel másfél évben a beteg eukortizolaemiás, a jobb oldali mellékvese nodularis megnagyobbodása nem változott.

Összefoglalás: A PBMAH ritka oka a Cushing-szindrómának. A csírasejtes ARMC5 tumorszuppresszor génmutáció a familiáris forma legfőbb kóroki tényezője. Az egyértelmű terápiás evidencia hiánya nehezíti a betegek ellátását. Betegünk eddigi kórtörténete alátámasztja a legújabb irányelvek ajánlását, amely szerint a kétoldali betegség ellenére egyoldali adrenalectomia elegendő lehet az eukortizolaemiás állapot eléréséhez.

60.

A PSZICHOSZOMATIKUS PANASZOK ÉLETTANA

Pusztai E.¹

¹Opes Kft.

Az elmúlt évtizedek pszichoneurológiai megfigyelései, kutatásai, különösen Barrett, Damasio, Davidson, LeDoux, Levine, Porges tanulmányai alapján egyre világosabb, hogy a tudattalan tartalmak a vegetatív idegrendszer által hogyan fejeződnek ki a testi érzetek és érzelmek változásaiban.

A szerző több, mint tíz éve kezdett dolgozni egy kivételes, coachingnak nevezett módszerrel. A speciális izomtesztelés lehetővé teszi, hogy feltárjuk a zavaró érzetek háttérében álló hatásokat, majd azokat éber REM fázisokkal, vagy a test bilaterális ingerlésével oldjuk. Az 1600 kliens közül már közel háromszáz pánikkal, változatos pszichoszomatikus panaszokkal jelentkező emberrel dolgozott. A szerző az előadásban az irodalmi adatok és saját tapasztalata alapján felvázolja, hogy a sokszor érthetetlen panaszok a központi vezérlésben (a központi „szoftwerben”) rögzült – születés utáni, magzati, vagy örökölt – traumatikus tartalmak aktiválódásának következtében jönnek létre, izomtónus, keringési, érzékelési változásokat létrehozva az egész testben, vagy annak egyes részein. E változások a mai vizsgálatokkal általában nem mutathatók ki, de a kliens számára nagyon valóságos érzeteket jelentenek, melyeket a traumatikus tartalom érzelmi komponensei, félelmek, gyakran halálfélelem kísér.

A traumatikus hatások azonosítását követő oldások az esetek nagy részében a panaszok megszűnéséhez vagy jelentős enyhüléséhez vezetnek.

61.

A MAGYAR COLORECTÁLIS DAGANATOK METILÁCIÓS JELLEMZÉSE TELJES GENOM SZEKVENÁLÁS SEGÍTSÉGÉVEL

Rada K.¹, Szakállas N.², Barták B.¹, Kalmár A.¹, Takács I.¹, Molnár B.¹

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

²ELTE Természettudományi Kar, Biológiai Fizika Tanszék

Az epigenetikai eltérések számos patológiás állapot, így a rákos megbetegedések hátterében is meghatározóak. Munkacsoportunk elsőként jellemezte a magyar lakosságban előforduló vastag- és végbél megbetegedéseket harmadik generációs szekvenálás segítségével, teljes genom lefedettség mellett, melynek metilációs mintázatairól számolunk be. A long-read szekvenálás a molekuláris genetika új korszakát nyitotta meg: a teljes genom, telomertől temomerig, feltárult előttünk, a kémiai vagy PCR eredetű torzításokat, az NGS módszerek egyéb korlátait átlépve. Forradalmi lehetőség az alternatív nukleotidok in situ kimutatása – a natív epigenetika. A Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika betegeinek 136 biopsziás és perifériás buffy coat mintáját vizsgáltuk a patológiai progressziót lefedve: egészséges – adenoma – carcinoma. Fragmenshossz-analízissel (Tape Station) történt minőségellenőrzés után teljes genom szekvenálást végeztünk az Oxford Nanopore PromethION platformján, szimplex módban, majd a bioinformatikai elemzés során a Nanopore szoftvercsomagját, Dorado basecallert, valamint saját szkripteket használtunk az 5'-metil-citozin, 5'-hidroximetil-citozin és 4'-metil-adenin nukleotidmódosítások detektálása során. A lefedettség optimális esetben 30x, az átlagos olvasási hossz és pontossága 5 kb és 98%; a szekvenálás minőségét jellemző medián PHRED = 16 és N50 = 8000. Az medián GC arány 47%, a CpG-szigetek átlagosan 70%-ban metiláltak, ebből az 5hmC 6%-ot tesz ki, mindhárom érték jelentős, szisztematikus eltéréseket mutat a csoportok között. Metiláció-specifikus PCR-en alapuló korábbi eredményeink alapján bizonyos gének megváltoztatják metilációs mintázatukat CRC-ben: ilyenek a LINE-1, sfrp1 és 2, primal és sdc2 – ezeket a géneket célzottan értékeljük TGS segítségével, valamint összehasonlítjuk a betegcsoportok metilációs jellemzőit teljes genom szinten.

62.

FEKVŐBETEGADATOK ELEMZÉSE KÜLÖNBÖZŐ GASZTROENETROLÓGIAI INDIKÁCIÓK TÜKRÉBEN

Rutka M.¹, Resál T.², Inczeff O.¹, Lóczy T.¹, Farkas K.¹, Czákó L.¹, Rosztóczy A.¹, Róka R.¹, Bálint A.¹, Ivány E.¹, Fábíán A.¹, Farkas B.¹, Szepes Z.¹, Molnár T.¹

¹Gastroenterológiai Centrum, Szegedi Tudományegyetem SZAKK Belgyógyászati Klinika, Szeged

²Gastroenterológia, Észak-Pesti Centrumkórház - Honvédkórház, Budapest

Bevezetés: A tercier ellátó központokat magasabb progresszivitási szintnek megfelelően fokozott betegforgalom, valamint specializált endoszkópos és intervenciós indikációk jellemzik. Jelen vizsgálatunkban célul tűztük ki, hogy elemezzük klinikánk gastroenterológiai osztályának fekvőbeteg adatait.

Módszerek: Keresztmetszeti tanulmányunkban konszekutív betegbevonás történt, az adatgyűjtés 2023. májusától 2024. áprilisáig tartott. A betegeknek demográfiai és klinikai adatokat gyűjtöttünk. Elsődleges kimenetelként a sürgős betegfelvételi indikációkat és az elvégzett beavatkozásokat vizsgálatuk. A lehetséges kovariánsok és torzító hatások kontrollálására multivariábilis regressziós modellt használtunk.

Eredmények: Az osztályunkon 12 hónap alatt 2071 beteg (1097 nő és 974 férfi) fordult meg. Életkoruk átlagosan 65 (15–98) év volt. Összesen 1028 sürgős és 1552 előjegyzett betegfelvétel történt, abból 1516 beteg gastroenterológiai szakrendelőből, 572 sürgősségi osztályról, 349 egyetemen kívüli intézményből, 143 egyetemi társosztályról érkezett. Sürgősségi indikációval felvett betegek körében gyakrabban fordult elő gasztrointesztinális (GI) vérzés ($p < 0,001$) és ERCP vizsgálat ($p < 0,001$), valamint magasabb volt az ápolási napok száma ($p < 0,001$), transzfúziós igény ($p < 0,001$) és az antibiotikumhasználat ($p < 0,001$). Az idősebb betegek gyakrabban kerültek sürgősségi osztályra, gyakoribb volt az ERCP ($p < 0,001$) és a colonoszkópia ($p < 0,003$) aránya. Fiatalabb betegeket inkább gyulladásos bélbetegségekkel (IBD) ($p < 0,001$), pancreatitissel ($p < 0,001$), májcirrhossissal ($p = 0,002$) észleltük.

Megbeszélés: Az eredmények alapján megállapítható, hogy osztályunkon jelentős számú beteg fordult meg és a leggyakoribb sürgősségi felvételi indikációt az epeúti kövesség és GI vérzés jelentette. Idősebb betegeknél magasabb arányban fordult elő epeúti intervenció és colonoszkópia, míg fiatal betegek leginkább IBD ellátása miatt kerültek osztályunkra.

63.

GLUKAGONOMA SZINDRÓMA - ESETISMERTETÉS

Stark J.¹, Tőke J.¹, Bényei E.¹, Uhlyarik A.¹, Lakatos G.², Huszty G.³, Borka K.⁴, Tóth M.¹

¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, ENDO-ERN, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár

³Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

⁴Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest

Bevezetés: A glukagonoma rendkívül ritka neuroendokrin daganat, becsült incidenciája 1/20 millió/év. Legtöbbször 50–60 éves kor között jelentkezik. Tipikusan glukagonoma szindrómát okoz, ami jellegzetes bőrjelenséget (erythema necrolyticum migrans), újkeletű diabetes mellitust, anaemiát, glossitist, fogyást, neuropszichiátriai tüneteket és thromboemboliát foglal magában.

Esetismertetés: Az 53 éves férfi távolabbi anamnézisében érdemi betegség nem szerepel. 49 éves kora óta észlelt testszerte 2-20 mm közötti hyperpigmentált, hyperkeratotikus bőrelváltozásokat. A kiterjedt dermatitis, valamint időszakos szteroid kezelések mellett iliofemorális szintig érő mélyvénás thrombosis alakult ki. 2023 végén paraneoplasziás szindróma gyanúja miatt végzett hasi ultrahang 8 cm átmérőjű pancreas terimét mutatott, ami szorosan összefüggött az a. coeliaca ágakkal. 2024 januárjában exploratív laparotomiát végeztek, a pancreas tumort irresecabilisnek véleményezték. Szöveti vizsgálat jól differenciált G1 neuroendokrin tumort, glukagonomát igazolt. Távoli áttét nem volt. A bőrgyógyászati vélemény erythema necrolyticum migrans volt, de ezt szövettan nem támasztotta alá. A glukagonoma szindróma jelenségei közül – a korábbi thrombosison és a bőrjelenségen kívül – fogyás, diabetes mellitus és depresszió állt fenn a betegnél. Szomatosztatin receptor szcintigráfia szerint a primer pancreas tumor intenzív radiotracer felvételt mutatott. Onkoteam véleménye alapján 2024 áprilisában szomatosztatin analóg (lanreotid) terápiát indítottunk. Ismételt sebészeti vélemény szerint tumorkisebbitő műtét is szóba jött volna, de ettől a beteg elzárkózott. A lanreotid kezelés mellett a beteg bőrtünetei teljesen regrediáltak, valamint két hónap elteltével végzett hasi MR szerint a daganat mérete csökkent.

Összefoglalás: A glukagonoma legtöbbször malignus, sokszor metasztatikus stádiumban kerül felismerésre. Az elsődleges kezelés a daganat műtéti eltávolítása, amihez a korai diagnózis elengedhetetlen, bár a lassú tumornövekedés és a májjáttétek sebészetének fejlődése lehetővé teszi a kuratív műtétet egyes metasztatikus esetekben is. További kezelési lehetőség a szomatosztatin analóg kezelés, peptid receptor radionuklid terápia, radioembolizáció és biológiai terápia. A

glukagonoma ritkasága miatt konszenzusos terápia nincsen, minden beteg kezelése egyedi elbírálást igényel. Betegünknel a nagy tumortömeg ellenére a jelenlegi kezelés hatékonynak tűnik.

64.

VON HIPPEL–LINDAU-KÓRKÉP MULTIDISZCIPLINÁRIS KEZELÉSE ÉS AZ ÉLETMINŐSÉG ÖSSZEFÜGGÉSE

Sung Y.¹, Dézsi K.¹, Patócs A.², Barzó P.³, Dumele A.², Féhér M.¹, Farkas Á.¹, Deák P.¹, Nyilas N.¹, Szabó V.¹, Tamás G.¹, Horváth L.¹, Horváth A.¹

¹Semmelweis Egyetem

²Országos Onkológiai Intézet

³Szegedi Tudományegyetem

A von Hippel–Lindau-kórkép (VHL) egy ritka, autoszomális domináns öröklődésmintázatot mutató betegség, amely predisponáló tényező érdős tumorok, többek között a központi idegrendszer és a retina haemangioblastomái, vesesejtes carcinoma, pheochromocytoma és paraganglioma, a hasnyálmirigy neuroendokrin tumorának valamint a saccus endolymphaticus tumorának megjelenésére. A felsoroltak mellett az érintetteket gyakran diagnosztizálják hasnyálmirigy, a vesék, a mellékherék, továbbá a ligamentum latum uteri cisztáival. A VHL-betegség ritka betegség, expressziója variábilis, penetranciája pedig korfüggő, amely 65 éves korra csaknem kompletté válik. Magyarországon évente 2-3 gyermek születik ezzel a betegséggel. A betegek várható élettartamának mediánja 49 év, a halál oka leggyakrabban a vesesejtes carcinoma vagy a központi idegrendszeri haemangioblastoma által okozott komplikáció. A kórképet a VHL-tumorsuppresszor gén csírasejtes mutációja okozza, amely a 3. kromoszómán a 3p25-26 régióban található. Az érintettek számára a diagnózis és a kezelés jelentős életminőségbeli romlást hozhat, a rehabilitáció kihívást jelenthet nemcsak a beteg számára, de az orvosok részére is.

Egy 25 éves fiatalember esetét mutatjuk be, ahol 13 éves korban jelentkező trauma utáni cisztás elváltozás és a 18 éves korban igazolódott gerincvelői hemangioblastoma CVI-VII és ThIII magasságban lévő léziókkal már felvetette a gyanúját a VHL-betegségnek, de többszörös műtétek és CyberKnife kezelés után 2023 januárjában került a genetikai eltérés diagnosztizálásra. A műtétek után jelentős fájdalmak, járásnehezítettség és általános legyengülés és post traumás fájdalom szindróma alakult ki. Az orálishan alkalmazott fájdalomcsillapítókkal, fizio-, fizioterápia kombinációjával, megfelelő családi támogatással és szociális háttérrel, jelentős életminőségbeli javulást értünk el, miközben a felsőoktatásban is sikeresen helyt áll a beteg. A VHL betegségben a kezelés fajtájának és időpontjának a megválasztása jelentősen befolyásolja a betegség lefolyását. A beteg mindennapjainak elviselhetőségét a supportációs kezelések megválasztása javíthatja. Ez

összetett feladat a társszakmák szoros együttműködésével valósítható meg; bemutatott esetükben is a szemész, neurológus, sebész, genetikus, patológus, onkológus, radiológus, rehabilitációban és a fájdalomcsillapításban jártas kollégák együttes munkájával értük el.

65.

TUMORHETEROGENITÁS VIZSGÁLATA LÉZER MIKRODISSZEKTÁLT VASTAGBÉL TUMOROS EGYEDI SEJT MINTÁKON

Szakállas N.¹, Kalmár A.², Barták B.², Nagy Z.²,
Rada K.², Linkner T.², Bányai F.², Farkas E.²,
Valcz G.³, Takács I.³, Molnár B.²

¹Biológiai Fizika Tanszék, Eötvös Loránd

Tudományegyetem, Budapest

²Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis
Egyetem, Budapest

³HUN-REN-SE Transzlációs Extracelluláris Vezikula
Kutatócsoport, Budapest

A daganatos megbetegedések esetén jelenlévő tumor heterogenitás komoly kihívást jelent a megfelelő gyógyszer célpontok és a terápiák kiválasztása szempontjából. A jelenség egyik legfontosabb következménye, hogy a rákos sejtek erős rezisztenciát mutatnak bizonyos terápiák esetén, amennyiben olyan heterogenitási mintázat észlelhető, melyben a tumor progresszióját fokozó génmutációk vannak többségben.

Munkánk célja a vastagbél tumorokban megjelenő, azokra specifikus mutációk mélyrehatóbb tanulmányozása, illetve a heterogenitási mintázatok azonosítása, majd összehasonlítása volt a különböző mintacsoportok között. Kísérleteinkben az Illumina NextSeq 500/550 rövid leolvasási hosszakat nyújtó szekvenátort alkalmaztuk. A vizsgált minták friss fagyasztott szöveti blokkok metszeteiből lézer mikrodisszektorral izolált egységek voltak. A különböző szövet csoportokból, melyekre vastagbél-daganatos (CRC), tumor melletti normál (NAT) és negatív kontrollként (NEG) tekinthetünk, rendre 12-12-12 darab egyedi sejtet gyűjtöttünk, majd teljes exom szekvenáltuk őket. A bioinformatikai kiértékelés fókuszában a tumor heterogenitás vizsgálata állt. Kigyűjtöttük a nem hipermutált daganatok esetén legtöbbször mutált gének listáját, majd ezeken vizsgáltuk a tumor heterogenitás tulajdonságait.

Vizsgálataink során első sorban arra a következtetésre jutottunk, hogy az egyes szövetszövetek között a tumor heterogenitási mintázatban lényeges különbségek fedezhetők fel. Ezen felül a mutációk számát tekintve észrevettük, hogy a legmutáltabb terület a tumor melletti normálnak tekintett régió, melyen mind tumor szuppresszor, mind tumor progenitor eltéréseket detektáltunk. A tumoros régió a tumor progenitor eltérések voltak túlsúlyban, míg a negatív területen vastagbél-daganatra hajlamosító öröklött és egyéb szomatikus mutációkat fedeztünk fel az ártalmatlanok mellett.

Az eredmények azt sugallják, hogy a tumoros szöveteken felül érdemes figyelmet fordítani az egészsé-

ges páciensek mintáira is, hiszen a daganat kialakulásának megelőzését segítő eltéréseket detektálhatunk. A már kialakult betegség esetén pedig mindenképp javasolt vizsgálni a tumor melletti normálnak tekintett területeket is, melyeket inkább egy tranzíciós régióknak tekinthetünk, mintsem negatívnak.

66.

TÖBB SZEM TÖBBET LÁT

Szántó F.¹, Halász R.¹, Bösze Z.¹, Magyar D.¹,
Kui B.¹, Fábíán A.¹, Bor R.¹, Szepes Z.¹

¹SZTE Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai
Centrum

Célkitűzés: Gyulladásos bélbetegségekkel (IBD) szövődött primer sclerosáló cholangitises (PSC) betegek multidiszciplináris gondozásának jelentőségére való figyelemfelhívás.

Bevezetés: Az IBD-s betegek közel 5%-ban alakul ki PSC, míg a PSC-s betegek körében 50-85%-ra tehető az IBD megjelenése. Az PSC asszociált IBD-s populáció colorectalis daganatok (CRC) tekintetében három-ötszörös rizikóval bír a PSC nélküli IBD-s populációhoz képest. Ezen felül, az idő előrehaladtával a PSC-s betegek körében a biliaris stricturák progressziója, a bacterialis cholangitisek gyakorisága, valamint a cholangiocarcinoma rizikója egyre nő, melyek endoszkópos intervenciók, valamint májtranszplantáció irányába indikációt képeznek, képezhetnek.

Esetbemutató: A ma 36 éves férfibeteget hepatológiai szakrendelésen 2009-ben diagnosztizáltak először alacsony aktivitású PSC-vel, majd néhány hónappal később colitis ulcerosával (CU). 2023. decemberében gondozását hepatológus, IBD és endoszkópos expert alkotta team vette át. 2009. és 2023. között endoszkópos kontrollja két alkalommal történt, szteroid és azatioprin mellett relapsust mutató CU vonatkozásában terápia escalációra nem került sor. Átvételekor megismételt colonoszkópiája során high-grade dysplasiát mutató polypus eltávolítása történt, majd 2024. februárjáig bacterialis cholangitisek miatt három alkalommal hospitalizálódott. High grade extrahepaticus epeúti szűkületek miatt kétszer ERCP-s interventio (ballonos dilatatio, stent implantáció, és -extractio) is szükségessé vált. Az ismétlődő cholangitisek miatt kilátásba kerülő májtranszplantáció, valamint a dysplastikus polypusok miatt 2024. májusában colectomiára került sor. Azóta cholangitis iránydiagnózissal számos alkalommal referálták ERCP irányába, melyek közül, a beavatkozással járó szövődmények mérlegelését követően, mindössze két alkalommal született döntés intervenció mellett. Jelenleg májtranszplantációs várólistára helyezés alatt áll.

Következtetések: IBD-vel szövődött PSC-s betegek fokozott CRC rizikójára való tekintettel, az IBD követése, a szükség szerinti terápia escaláció, valamint a colectomia elbírálása és időzítése IBD expert és sebész bevonását indikálja a gondozás során. PSC-s betegek esetén a bacterialis cholangitis pontos definiálása-

nak és diagnosztizálásának nehézségei miatt az EASL kritériumrendszerének szem előtt tartása, valamint az ERCP-t végző expert bevonása is elengedhetetlen a helyes intervencios döntéshozatalban.

67.

**GASZTROKARDIOLÓGIA: EGY ÚJ
PERSPEKTÍVA A GASZTROENTEROLÓGIA
HORIZONTJÁN.
GASTROCARDIALIS SZINDRÓMA.
GYULLADÁSOS GASZTROENTEROLÓGIAI
BETEGSÉGEK ÉS
AZ EMÉSZTŐSZERVRENDSZERI VÉRZÉSEK
KAPCSOLATA A SZÍV-ÉR RENDSZERI
BETEGSÉGEKKEL**

Szauder I.¹

¹Kardiológiai Diagnosztikai Központ, Budapest

Összefoglalás: Napjainkban a gastrocárdialis szindróma szélesebb perspektívája jelent meg, a komprehenszív belgyógyászat, a gasztroenterológia új szubspecialitása a gasztrokardiológia. Ez magában foglalja gasztroenterológiai és kardiológiai szempontból a leggyakoribb (de nem eléggé ismert) gastrocárdialis (Roemheld-) szindrómát. Nem csupán a reflux-gyomorégés okozta szív eredetűnek tartott mellkasi fájdalomra terjed ki, hanem egyéb kardiológiai tünetekre: palpítatio, ritmuszavarok: extrasystolia, pitvarfibrilláció.

Kevésbé ismert a gyulladásoos gyomor- és bélbetegségek és az emésztőszervi vérzések (aortastenosisban a Heyde-szindróma) kapcsolata a szív-ér rendszeri betegségekkel. Értelemszerűen nem elegendő a kardiológiai szempontú kezelés önmagában, a kardiális kockázatok, panaszok megszüntetéséhez ezeknek a gasztroenterológiai kórképeknek – mint oki tényezőknek – a kezelése is szükséges, a gasztroenterológus és kardiológus együttműködésével.

Kulcsszavak: gasztrokardiológia, gastrocárdialis (Roemheld-) szindróma, palpítatio, ritmuszavarok, Helicobakter pylori, IBD, Crohn-betegség, colitis ulcerosa, felső gastrointestinalis vérzés, heveny alsó tápcsatornai vérzés. Heyde-szindróma.

68.

**ALAPELLÁTÁSI PILOT A NÉPBETEGSÉGEK
KORAI FELISMERÉSÉRE ÉS HOLISZTIKUS
KEZELÉSÉRE**

Szili K.¹, Bozsár S.², Lábodi L.⁴, Cserhádi N.⁴,
Friedl M.⁴, Szabóné Ábrahám Z.⁴, Dézsi C.³

¹Széchenyi István Egyetem, Győr

²Orosházi Dr. László Elek Kórház és Rendelőintézet

³Békés Vármegyei Központi Kórház Pándy Kálmán
Tagkórház Gyula

⁴S.O.S. 24 KFT – 48. számú Családorvosi Rendelő,
Szeged-Tápe

Bevezetés: Az alapellátás holisztikus szemlélete révén nemcsak a betegségek kezelésére, hanem azok meg-

előzésére és az egészségi állapot javítására is nagy hangsúlyt fektet. Az alapellátás számos előnnyel rendelkezik a szakrendelésekkel szemben, különösen a diabetes és obesitas diagnosztikai és kezelési lehetőségei tekintetében. Az alapellátásban dolgozó háziorvosok, sportorvosok, üzemorvos és más szakemberek közvetlen kapcsolatban állnak a betegekkel vagy praxistaggal, ami lehetővé teszi a pszichoszocioekomiális alapokon nyugvó személyre szabott, folyamatos gondozást és a betegségek korai felismerését.

Módszer: 2021. május 1. és 2024. május 31. között egyedi protokollal szűrőprogramokat, tanácsadást és valós gondozást biztosítottunk, az ADA, EASD, MHT és ESC kivizsgálási és kezelési protokolljait követve. Alapvető célkitűzésünk az volt, hogy a vizsgált populációban meghatározzuk a magasvérnyomás-betegek, a szénhidrát-anyagcsere zavarral küzdők, valamint az elhízottak arányát. Másodlagos célunk volt, hogy a lehető legnagyobb arányban alapellátási szinten, holisztikus szemlélettel kezeljük ezeket a betegeket, valamint megtaláljuk és személyre szabjuk azokat a meggyőzősi és kommunikációs technikákat, amelyekkel javíthatjuk az eredményeket.

Eredmény: 1603 praxisnapból 1307 főt sikerült bevonni a pilot programba. Összesen 5788 laborvizsgálatot, 2200 ABPM vizsgálatot, és 2400 személyre szabott tanácsadást végeztünk, a COVID-éra ellenére is évről évre növekvő számban. A magasvérnyomásos betegek aránya korcsoportonként alacsonyabb az országos háziorvosi praxisok átlagánál, azonban a célérteken lévő betegek aránya 45,8%-kal nőtt. A HgbA1c alapján, a korábbi 93 kezelt diabeteses beteg mellett, 334 főt azonosítottunk magasabb értékek miatt. A cukorbeteg 92%-át, míg a prediabetes miatt kezelt betegek 87%-át sikerült rendszeres alapellátási gondozásba venni, amelynek eredményeként az átlagos HgbA1c érték 1,6-tal csökkent, a vérnyomás pedig -23/-8 Hgmm-rel javult, míg az elhízott betegek száma 8%-kal csökkent.

Megbeszélés: Az alapellátás kapuőri szerepe tagadhatatlan, amennyiben megfelelő eszközök és kommunikáció társul hozzá. Hatékony szűrés ellátás növeli a korai felismerést és csökkenti a szakellátási igényeket, a hospitalizáció és a következményes morbitást és mortalitást. A népbetegségek dél-alföldi gyakoriságát megismertük és kommunikációs stratégiát készítettünk és használtunk.

69.

**KRÓNIKUS MYELOID LEUKAEMIA
KEZELÉSÉRE ALKALMAZOTT
GYÓGYSZEREK OFF-TARGET HATÁSAI**

Szili-Janicsk Z.¹, Istenes I.¹, Szili B.¹, Demeter J.¹

¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis
Egyetem, Budapest

Bevezetés: A korszerű tirozin-kináz gátlóknak köszönhetően a krónikus myeloid leukaemiás (CML) betegek

túlélése nem különbözik az átlagos népességétől. Ezen gyógyszereknek számos az indikációtól eltérő, ún. off-target hatását leírták.

Célkitűzés: a CML miatt TKI kezelésben részesülő betegek csont-anyagcseréjének, metabolikus paramétereinek és teljes test összetételének egy év alatt bekövetkező változásait vizsgáltuk.

Módszerek: A Belgyógyászati és Onkológiai Klinika Hematológiai szakambulanciáján gondozott betegeket vizsgáltuk. A kórelőzmény, kezelési előzmények felderítése mellett laboratóriumi vizsgálatok (metabolikus paraméterek, kalcium- és csontanyagcsere paraméterek, hormonvizsgálatok) 0., 6. és 12. hónapban, valamint osteodenzitometria és teljes test összetétel mérés történt (GE Lunar Prodigy) a vizsgálatba lépéskor és egy évvel később.

Eredmények: 53 beteg adatait dolgoztuk fel (34 férfi, 19 nő), életkoruk 53 ± 16 év. A betegek közel fele imatinibet (49%) szedett, dasatinibet 19%, nilotinibet 17%, egyéb kezelést 14% kapott. A vizsgálatba lépéskor 3/53 betegnél osteoporosis, 4/53 betegnél osteopenia igazolódott. Az egy éves megfigyelési időszakban a gerinc BMD nem változott ($1,281 \pm 0,221$ vs. $1,271 \pm 0,250$ g/cm²; $p > 0,1$). A combnyak ásványianyag-sűrűsége 4,5%-kal csökkent ($1,044 \pm 0,133$ vs. $0,997 \pm 0,172$ g/cm²; $p = 0,010$), hasonlóan a teljes csípőhöz (-3,2%: $1,095 \pm 0,143$ vs. $1,060 \pm 0,143$ g/cm²; $p = 0,019$). A betegek a vizsgálat kezdetén obeseek voltak (BMI: $30,9 \pm 7$ kg/m²), mely nem változott szignifikánsan a megfigyelési időszakban. Szűréskor a betegek átlagos D-vitamin-ellátottsága közel volt a megfelelőhöz ($29,6 \pm 12,3$ ng/dl), ugyanakkor 47%-uknál állt fenn D-vitamin-hiány. Ezt minden esetben korrigáltuk. Albuminra korrigált szérumkalciumszintjük $2,26 \pm 0,08$ mmol/l volt, enyhe hypocalcaemia gyakran volt megfigyelhető. Manifeszt szénhidrátanyagcsere-zavar nem állt fenn, az atherogén dyslipidaemia viszont gyakori volt.

Megbeszélés: A CML miatt tirozin-kináz gátlóval kezelt betegek esetében a gyógyszerek off-target hatásait is követnünk kell. A megfigyelési időszakban a gerincen a BMD nem változott, ugyanakkor a teljes csípőn és a combnyakon csökkenés volt megfigyelhető. A betegek további követése tervezett, illetve összehasonlításuk annak eldöntésére, hogy mely hatásért lehetnek felelősek a TKI-k.

70.

NEM INSULINOMÁS PANKREATOGÉN HYPOGLYKAEMIA SZINDRÓMA

Szolga B.¹, Zalatnai A.², Szabó A.³, Lázár I.⁴, Bezsil J.⁵, Tőke J.¹, Tóth M.¹

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

²Semmelweis Egyetem, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet

³Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyei Központi Kórház, II. sz. Belgyógyászati Osztály

⁴Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyei Központi Kórház, Intervenció Radiológiai Osztály

⁵Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyei Központi Kórház, Sebészeti Osztály

Bevezetés: A súlyos, tünetes hypoglykaemia régóta ismert szövődménye a gyomor- bypass műtéteknek. A legtöbbször étkezés után kialakuló hypoglykaemiás rosszullétek hátterében álló patológiai folyamatok napjainkban sem teljesen ismertek.

Célkitűzés: A kazuisztika célja a hasnyálmirigy gócos elváltozásainak egy ritka megnyilvánulási formájának, kivizsgálásának, kezelési nehézségének bemutatása.

Módszer: 69 éves férfibetegünk kórtörténetéből hypertonia, ischaemiás cardiomyopathia, rheumatoid arthritis, csonttrikulás emelhető ki. 42 éves korától kezdve kiterjedt gyomor-, duodenum-, és jejunumfekélyek miatt Helicobacter pylori eradikációban részesült. A recidív fekélybetegség miatt Billroth-II szerinti gyomor reszekció, truncalis vagotomia, majd teljes gasztrektómia, Roux-Y anasztomózis kialakítása történt. Béladhéziók miatt jobb oldali hemicolektómia, ileosigmoidosztoma képzés vált szükségessé. 49 éves korában, a Billroth-II gyomorreszekció után 3 évvel, jelentkezett az első hypoglykaemiával járó rosszullét. 64 éves korában vizsgáltuk először a Semmelweis Egyetemen. Több alkalommal spontán hypoglykaemiás rosszulléteket észleltünk, ekkor a szérum inzulin- és C-peptid értékeket nem az elvárhatóan alacsonynak mértük, ami felvetette insulinoma, esetleg más hyperinsulinaemiát okozó kórkép jelenlétét. Hasi ultrahang a hasnyálmirigyfarkok állományában egy 5-6 mm-es echoszegény területet írt le, az ezután elvégzett vizsgálatok a pancreasban körülírt eltérést nem mutattak. Gyakori étkezés, lassan felszívódó szénhidrátot tartalmazó diéta, ill. gyógyszeres kezelés a hypoglykaemiás rosszulléteket nem szüntette meg.

Eredmények: Szelektív artériás kalcium stimulációs teszt során a legnagyobb mértékű inzulin emelkedést a pancreasfarkok stimulációja váltotta ki. A korábbi hasi ultrahang és a funkcionális teszt eredménye alapján hasnyálmirigyfark-reszekció történt. A szövettani lelet nesidioblastosist igazolt. Szövettani revízió a pancreas reszekátumban diffúzan felfaporodott Langerhans-szigetek jelenlétét igazolta, a szigetsejtek 100%-ban pozitív reakciót adtak inzulinellenes anti-

testtel végzett immunhisztokémiai vizsgálaton, nem insulinomás pancreatogen hypoglykaemia szindrómát véleményeztünk. Újabb szövettani revízió fokozott SSTR5 expressziót detektált.

Következtetés: A nem insulinomás pancreatogen hypoglykaemia szindróma ritka megbetegedés, a szerzett forma egyik oka a gyomorbypass műtét lehet.

71.

KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK MEN 2A-SZINDRÓMÁBAN

Szujó S.¹, Bajnok L.¹, Gulyás E.¹, Kalmár Nagy K.², Mangel L.³, Nemes O.¹, Rajbár R.¹, Szalai G.², Mezősi E.¹

¹PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Endokrinológia és Anyagcsere Tanszék, Pécs

²KK Sebészeti Klinika, Pécs

³PTE KK Onkoterápiás Intézet, Pécs

Bevezetés: A 2-es típusú multiplex endokrin neoplázia (MEN2) egy autoszomális domináns öröklődésű betegség, melynek becsült előfordulási gyakorisága az általános populációban 1/30000. A betegség hátterében a RET protoonkogén genetikai hibája áll. A betegség egyik alcsoportját a MEN2A-szindróma (Sipple-szindróma) képezi, melyben medulláris pajzsmirigy-carcinoma pheochromocytomával és hyperparathyreosisal társul.

Esetbemutató: A PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika Endokrinológia Osztályán gondozott 59 éves férfibeteg 2006-ban kétoldali medulláris pajzsmirigy-carcinoma és mellékpajzsmirigy-adenoma, majd 2008-ban jobb oldali pheochromocytoma miatt végzett műtéten esett át. Genetikai vizsgálat során RET Cys634Arg mutáció igazolódott. 2010-ben nyirokcsomóáttétek miatt operáció, majd 2016-ban ismételt nyirokcsomóáttétek miatt perkután etanolinjekciós kezelés (PEI) történt. 2019-ben csontáttétek miatt sugárkezelést, majd bordareszekciót végeztek, de a kalcitonin-érték a műtét után is magas maradt. Szövettani vizsgálat igazolta a medulláris carcinoma áttétét. 2020-ban újabb csontáttét igazolódott, így 2020 novemberében NEAK támogatással vandetanib (Caprelsa) kezelés indult, melyre a beteg nagyon jó terápiás választ adott, azonban a hatékony dózisú kezelés mellett jelentkező súlyos gasztrointesztinális mellékhatások miatt terápiamódosítás vált szükségessé, így 2022 júliusában selpercatinib (Retsevmo) kezelést kezdtünk. A teljes dózisú nagy szelektivitású és központi idegrendszer-aktív RET-kináz inhibitor kezelés mellett nagyon jó terápiás választ sikerült elérni. 2024 júniusában laboratóriumi és képalkotó eredmények is stabil betegséget jeleztek.

Összefoglalás: A MEN2A-szindrómás betegek kezelése és gondozása komplex, multidiszciplináris feladat. A primer tumorok vonatkozásában az elsődleges a műtéti megoldás. A korábbi terápiás lehetőségek, mint sugárkezelés, kemoterápiás és multikináz inhibitor kezelés mellett napjainkban a távoli áttét kialakulá-

sa, illetve igazolt RET mutáció esetén első vonalbeli kezelésként szelektív RET-kináz inhibitorok alkalmazása jön szóba.

72.

AZ ANTIFOSZFOLIPID SZINDRÓMA SÚLYOS PERIFÉRIÁS MEGJELENÉSE

3 ESET KAPCSÁN

Takács J.¹, Zöld D.¹, Tóth K.¹, Kiss E.², Nagy G.³, Végh J.¹

¹Intenzív Terápiás Osztály, ORFI, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest

²Klinikai Immunológiai, Felnőtt- és Gyermekeumatológiai Osztály, ORFI, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest

³Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest

Bevezető: Az antifoszfolipid szindróma (APS) egy betegségsspektrumot képvisel. Jelenlegi definíciója szerint egy szerzett thrombophilia, thromboinflammatoricus kórkép. Klinikai phenotípusa alapján az érrendszeri thrombosis és terhességi szövődmények mellett számos heterogén klinikai manifesztáció is megfigyelhető APS-ben. Ezeknek a tüneteknek az osztályozását, súlypontosítását segítette az új, 2023-as ACR/EULAR klaszifikációs rendszer bevezetése. Az új osztályozási rendszer 6 klinikai csoportot tartalmaz. Ezek közül 3 olyan esetet mutatunk, melyekben microvascularis szinten az újjak érintettsége észlelhető.

Betegek:

- 56 éves betegnél rapidan jelentkező diffúz ízületi fájdalom, Raynaud-os tünetek, szimmetrikus, csaknem az összes kéz-és lábujj distalis ujjpercein megjelenő gangraena hátterében SLE, sec. APS és ehhez társuló nekrotizáló vasculopathia fennállására derült fény. Erélyes ISU kezelés (szteroid, IVIG, RTX stb.) mellett sebészeti gondozás indult, újabb digitalis ulcus nem keletkezett. A meglévő elváltozások kézsebészeti megoldásaként DIP magasságában elvégzett amputáció történt.
- 66 éves, dohányzó páciens esetében évtizedek óta ismert APS, aorta stenosis- műbillentyű, jobb art. iliaca ext. stenosis miatt stent, DCM miatt ICD implantáció történt. Aktuálisan jobb V. lábujj száraz gangraena, ill. kifejezett szterológiai aktivitás miatt PEX kezelést végeztünk. Utolsó PEX kezelését követően sepsis alakult ki, haemocultura ill. kanülvég tenyésztés MRSA bacteriaemiát igazolt. Növümként a bal I-III. lábujjakon Janeway laesiók jelentek meg, TEE az ICD elektródán vegetációt látott, mely miatt akut lead extractio történt. A tovább folytatott intenzív osztályos kezelése ellenére a beteg elvesztettük.
- 58 éves SLE, sec. APS miatt gondozott betegnél bal lábujjak livid elszíneződése alakult ki. Szteroid, IVIg, prostatocyclin kezelés mellett az álla-

pota javult. A kivizsgálás során cervix adenocarcinoma igazolódott, emiatt hysterectomia, mko adnexum eltávolításra került, intraoperatív transfúziót, keringéstámogatást igénylő vérzés lépett fel. Azóta a kezelés mellett a tünetei teljes mértékben regrediáltak.

Következtetések: Eseteinkkel az APS digitalis szinten kialakult klinikai manifesztációit, az új diagnosztikus rendszer használatát szeretnék hangsúlyozni az elhúzódó kivizsgálás gyorsítása, nemkívánatos szövődmények, beavatkozások megelőzése céljából.

73.

FALATELAKADÁS ÉS EOSINOPHIL OESOPHAGITIS

Tari N.¹, Patai Á.²

¹Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

Bevezetés: Az eosinophil oesophagitis a nyelőcső lokális, krónikus, reverzibilis gyulladásos elváltozása, mely diszfunkcióban, hányingerben, nyelészavarban, falatelakadásban nyilvánul meg. Az újonnan felismert esetek száma nagyjából 1,7/100 000 lakos/év, a prevalencia 30/100 000 lakos. Férfiaknál gyakoribb, főleg a 40 év alatti korcsoportot érinti.

Célkitűzés: Esetbemutatáson keresztül felvázolni a betegség diagnosztikáját és terápiáját, illetve megvizsgálni azt, hogy milyen faktorok játszhatnak szerepet a betegség sporadikus felismerésében. Továbbá ismertetni néhány megfontolást, melyek a korai diagnózis megszületését segíthetik.

Beteg: Egy 45 éves férfibeteget vizsgáltunk 2023 őszén. Gasztroenterológiai vonatkozású panaszai már 2009 óta vissza-visszatértek. Gyakori falatelakadások kapcsán többször sor került urgens gasztroszkópiára, egy alkalommal szövődmény is fellépett a beavatkozást követően. Jelen panaszai este kezdődtek vacsora után. Nyelési nehezítettséget és fulladást tapasztalt. Másnap reggel érkezett, stabil vitális paraméterekkel láttuk, azonban nyelni nem tudott.

Módszerek és eredmények: A beteg kivizsgálása során EKG készült, ishaemiás eltérés nem ábrázolódott. Artériás vérgáz-vizsgálatot végeztünk, laborvizsgálatot kértünk. Határérték eosinophil sejtszámot (0,5 G/L, 5,0%) láttunk. Fül-orr-gégészeti konzílium a nyelőcsőbemenetig kóros eltérést nem azonosított. Nyelésröntgenvizsgálat parciális obstrukciót írt le a nyelőcső felső harmadában. Sürgős gasztroszkópia falatelakadást és eosinophil esophagitist véleményezett. Kontroll nyelésröntgen során a kontrasztanyag továbbjutott a gyomorba, perforációra utaló jel nem látszott. Az iránydiagnózist a szövettani vizsgálat megerősítette. A beteget gondozásba vették, kezdetben PPI kezelést, majd szteroidterápiát kaptak, illetve diétás tanácsadásban részesült. Panaszai mérésélődtek, szövettani remisszió igazolódott.

Következtetések: A diagnózis a klinikai tüneteken, az endoszkópos eltéréseken és szövettani eredményeken alapul. A leginkább érintett betegcsoport (fiatal férfiak falatelakadással) gyakran nem keresi fel időben az ellátórendszert. Ez késői diagnózishoz, a felismeréskor fennálló súlyosabb állapothoz vezet. Mindezen javítandó, szükséges a társadalom edukációja, a széles körű ismeretterjesztés akár már csecsemőkortól kezdve a szülők bevonásával.

74.

HYPOTHYREOSIS OKOZTA

HYPONATRAEMIA ESETE

Tomasics G.¹, Schandl L.¹, Czégeni A.¹, Kührner B.², Majláty B.², Kis J.¹, Winkler G.¹

¹Észak-budai Szent János Centrumkórház,

II. Belgyógyászat – Diabetológiai Osztály

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar

A hyponatraemia az egyik leggyakoribb ionzavar, amivel a mindennapi gyakorlatban találkozunk. Háttérében leggyakrabban nátriumvesztés vagy hypervolaemiás dilúció áll, gyógyszerek mellékhatásai is hozzájárulhatnak. Kevésbé ismert a hypothyreosishoz társuló hyponatraemia. Kialakulásának mechanizmusa pontosan nem tisztázott, elsősorban a szívizom pumpafunkciójának csökkenésével és másodlagos ADH stimuláció okozta dilúcióval, valamint csökkent renális folyadék kiválasztással magyarázható. Ugyanakkor a hyponatraemia nem jellemző és nem gyakori tünete a hypothyreosisnak, még ritkábban fordul elő centralis hypothyreosisban. Esetünk bemutatásával arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy ismerete adott esetben mégis fontos lehet. A beteg ismételtlen feküdt belgyógyászati osztályokon tüneti kezelésre nem, vagy csak átmenetileg reagáló, visszatérő, súlyos hyponatraemia miatt. Az ionzavar okának tisztázására utalták endokrin szakrendelésünkre. Ionzavara háttérében, gyógyszerelését áttekintve, nem volt fellelhető lehetséges kiváltó okként értékelhető készítmény. SIADH vagy mellékvese diszfunkció sem volt igazolható. Normális tartományban levő TSH ellenére alacsony FT4 értéke miatt a pajzsmirigyfunkciós vizsgálatokat megismételtük. Ismételtlen alacsony FT4 alapján centralis hypothyreosis véleményeztünk és szubsztitúciós kezelést indítottunk. Ezt követően a beteg ionzavara gyorsan rendeződött és a továbbiakban sem ismétlődött, a beteg általános állapota és erőnléte lényegesen javult, rendszeresen jár ambuláns kontrollra. Sella MR-vizsgálata aktuálisan még ütemezés alatt áll, technikai okokból több alkalommal elmaradt. A centralis hypothyreosis felismerését nehezíti az, hogy hypothyreosis gyanúja, arra utaló tünetek (amelyek időskorban eleve kevésbé feltűnőek lehetnek) esetén szűrővizsgálatként végzett TSH meghatározás normális eredményt adhat, FT4 meghatározás csak a TSH alacsony vagy magas szintje esetén történik. Ezért előfordulhat, hogy a TSH és FT4 együttes csökkenésével járó centralis hypothyreo-

sis csak a súlyos myxoedema állapotában vagy egyáltalán nem kerül felismerésre. Következésképpen ismeretlen eredetű ionzavar vagy hypothyreosis gyanúja esetén a pajzsmirigy diszfunkció kizárására TSH meghatározása nem elegendő, kiegészítése szükséges FT4 vizsgálatával.

75.

LADA TÍPUSÚ DIABETES MELLITUS REMISSZIÓJÁNAK FELISMERÉSE ÉS A RETÍPIZÁLÁS LEHETŐSÉGE SAJÁT BETEGANYAGUNKBAN

Tóth A.¹, Schandl L.¹, Czégeni A.¹, Tomasics G.¹, Kelemen K.², Csatáry Á.², Kis J.1, Winkler G.¹

¹Észak-budai Szent János Centrumkórház, II. Belgyógyászat - Diabetológiai Osztály, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Budapest

Az 1-es típusú diabetes mellitus gyógyítására irányuló törekvések ellenére eredményes terápia jelenleg nem áll rendelkezésre, és e betegség a köztudatban továbbra is progresszív, definitív béta-sejt pusztulással járó, abszolút inzulinhiánnyal jellemezhető kórképként szerepel. A szakirodalomban egyre több adat jelenik meg a felnőttkori, LADA típusú diabetes spontán remissziójának előfordulásáról. A teljes remisszió ritka, de a részleges remisszió az irodalmi adatok alapján a betegek akár 25–75%-ában is előfordulhat. A remisszió felismerésére egyértelmű ajánlások nem állnak rendelkezésre. A remissziós rátára vonatkozó statisztikai adatok nagy variabilitása a felismerés esetlegességére utal. Saját beteganyagunk vizsgálata során a betegség megjelenésekor remissziót előrejelző, egyértelmű prediktív tényezőt nem találtunk, súlyos ketoacidosis, masszív immunszerológiai eltérések és hosszú betegségstartam esetén is előfordulhat. A béta-sejtek pusztulásához vezető autoimmun folyamat aktivitásának kimutatására a mindennapi gyakorlatban rutinszerűen alkalmazható módszer nem áll rendelkezésünkre, megítélésében a klinikai kép változása nyújthat segítséget. Eseteink ismertetésével a saját tapasztalatainkat és megfigyeléseinket szeretnénk megosztani a LADA típusú diabetes remissziójának felismerésére és annak buktatóira, valamint a remisszió folyamatának változatos módjára és ütemére vonatkozóan. 2021-ben 7 LADA típusú cukorbetegget vettünk gondozásba. 5 esetben észleltünk parciális remisszió jeleit (71%) és közülük 3 esetben merült fel a retipizálás szükségessége annak ellenére, hogy a betegség megjelenésekor minden betegnél teljesültek az 1-es típusú cukorbetegség diagnosztizálásának feltételei.

Következtetés: A remisszió felismerése LADA esetén elősegíti az adekvát kezelést, és nagymértékben befolyásolja a betegek életminőségét, valamint a betegség prognózisát.

76.

NEONATALIS LUPUS ERYTHEMATOSUS (NLE) 2 SIKERES KEZELÉSE BETEGANYAGUNKBÓL

Tóth K.¹, Takács J.¹, Zöld D.¹, Bazsó A.¹, Kiss E.², Györkös B.⁴, Ladányi A.⁴, Nagy G.³, Végh J.¹

¹Intenzív Terápiás Osztály, ORFI, Országos

Mozgásszervi Intézet, Budapest

²Klinikai Immunológia, Felnőtt- és

Gyermekreumatológiai Osztály, ORFI, Országos

Mozgásszervi Intézet, Budapest

³Belgyógyászati és Klinikai Immunológiai Tanszék, Semmelweis Egyetem, Budapest

⁴Gyermek Szívközpont, Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet, Budapest

Az újszülöttkori lupus erythematosus (NLE) a csecsemőkor első néhány hónapjának ritka betegsége, melyet az anya által termelt, placentán passzívan átjutó anti-SSA és anti SS-B antitestek okoznak. Az NLE fő klinikai tünetei a bőr, a szív, a máj, az idegrendszer és a vérképzőszervek elváltozásai. Legsúlyosabb szövődménye a 20–30%-os mortalitásért felelős III. fokú AV-block. Osztályunk 2 esetét szeretném bemutatni, az első esetben III. fokú AV-block, a második esetben myocarditis, szívelégtelenség alakult ki intrauterin a magzatban.

Első eset: 25 hetes gravida (első terhesség) szűrővizsgálati jelleggel készült magzati szív-UH-on észlelt III. fokú AV-blokk miatt érkezett. Anti-SSA, anti-SSB magas titerben volt kimutatható. Hydroxichloroquin, dexamethason terápia mellett a hydropos fetus és magzati halál elkerülése céljából 1 gr/ttkg /2 hét adagban IVIG terápiát indítottunk. A kezelés mellett kezdetben a fetus állapota javult, (II. fokú AV block), majd később ismét romlott (III. fokú AV block), így az IVIg kezelést hetente 1 alkalommal plazmaferézissel egészítettük ki. A 32 hétig sikerült a terhességet így megtartanunk, majd az újszülött pacemakert kapott. A gyermek jelenleg 4 éves.

Második eset: Sikeres *in vitro* fertilizációt (embriótranszfer) követően a 20 hetes genetikai UH-on igazolódott a fetusban cardiomegalia és pericardiális folyadék. Magas antiSSA, antiSSB autoantitest titerek, magzati szív-UH lelet alapján magzati myocarditis, szívelégtelenséggel szövődött neonatális lupus igazolódott. Ekkor kérték osztályunkra felvételét. A már elkezdett prednisonterápia mellett Dexamethason, hydroxichloroquin és 1 gr/ttkg/2 hét adagban IVIg kezelés indult. Kontroll magzati szív UH vizsgálaton a myocarditis és a szívelégtelenség jelei fokozatosan javuló tendenciát mutattak. A terhesség 37. hetében (2024. 07. 30.) érett lánygyermek született császármetszéssel. Az irodalmi adatok alapján a hydroxichloroquin az egyetlen, ami preventív hatással rendelkezik NLE tekintetében. A már kialakult magzati szívblokk kezelésében a fluorozott szteroidok választandók elsőként, de IVIg és plazmaferézis alkalmazása is szóba jöhet.

Eseteinkben IVIg, IVIg+PEX alkalmazása és a magzatok szoros követése mellett sikerült a jelentős intrauterin mortalitással járó NLE-s magzatok esetében a 32 és a 37 hétig megtartani a terhességet és a kezelés után mindkét esetben életképes magzat született.

77.

KÖSZVÉNY NORMÁL HÚGYSAVSZINT MELLETT: A LUBRICIN SZEREPE

Turai P.¹, Németh T.¹, Demeter J.¹, Istenes I.¹, Patócs A.², Bozsik A.²

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, 1083, Budapest*

²*Országos Onkológiai Intézet, Budapest*

A köszvény patomechanizmusa klasszikusan a hyperurikaemiához kötődik, amely urátkristályok lerakódásához és gyulladásos reakciókhoz vezet az ízületekben és egyéb szövetekben. Azonban előfordulhat, hogy a köszvény tünetei normál húgysavszint mellett alakulnak ki. Esettanulmányunkban Magyarországon elsőként azonosítottuk a lubricin (PRG4) alternatív transzkripcióját egy normál húgysavszint mellett kialakult, szteroiddependens köszvény miatt kezelt férfibetegünkénél.

Smouldering myeloma (IgG kappa) miatt követett 58 éves betegünk perifériás kéz- és lábcsízületi panaszai 2022 novemberétől fokozatosan progrediáltak, így alapbetegségét is figyelembe véve PET-CT készült, mely keverten degeneratív jellegű és gyulladásos eredetű ízületi elváltozásokat mutatott. Laborjában az enyhén emelkedett gyulladásos paramétereken és összeféhrjén kívül egyéb érdemi eltérés nem igazolódott, húgysavszintje mindvégig a normál tartományban mozgott. A képalkotók, az immunszerológiai vizsgálatok és a klinikum alapján szisztémás autoimmun betegség, illetve spondylarthropathia kizárásra került. A boka és a lábfej DECT-vizsgálata azonban intraarticularis és periarticularis urátkristály jelenlétét igazolta. Korábbi szakirodalmi adatok alapján csírvonalas genotipizálást végeztünk a normál húgysavszint mellett kialakuló köszvényes rohamokkal összefüggésbe hozott PRG4, NLRP3, THBS1, SERPINB3 géneken. Továbbá RNS-szintű analízist végeztünk a beteg köszvényes rohama során nyert szinoviális, csontvelői és perifériás vérmintáin. A beteg kezelését allopurinollal egészítettük ki.

Allopurinol alkalmazása mellett betegünk ízületi panaszai jelentősen mérséklődtek, a szteroidkezelés elhagyhatóvá vált. Exomszekvenálás során patogén germline mutációt nem azonosítottunk, azonban a szinoviális minta RNS transzkript analízise során a lubricin transzkriptum alternatív splicing mechanizmusát igazoltuk. A bemutatott eset fontos tanulsága, hogy normál szérumban húgysavszint mellett is kialakulhat köszvényes ízületi gyulladás. Tanulmányunkban a lubricin gént (a PRG4-et) érintő germline mutációt nem igazoltunk, azonban a szinoviális RNS transzkript elemzése alapján igazoltuk a lubricin (a PRG4) alternatív spli-

cing mechanizmusát, amely szerepet játszhat a köszvény kialakulásában normál húgysavszint mellett. Ezzel összhangban az allopurinol terápia sikeresen csökkentette a beteg ízületi panaszait, lehetővé téve a kortikoszteroid elhagyását.

78.

GASTROPARESIS, MINT THYMOMÁHOZ KAPCSOLÓDÓ PARANEOPLASTICUS SZINDRÓMA

Turgonyi Z.¹, Szabó B.², Radeczky P.³, Rényi-Vámos F.³, Taller A.¹

¹*II. Belgyógyászati Osztály, Budapesti Uzsoki Utcai Kórház, Budapest*

²*Neurológiai Osztály, Budapesti Uzsoki Utcai Kórház, Budapest*

³*Mellkasi Központ, Országos Onkológiai Intézet, Budapest*

Háttér: Ismeretlen eredetű gastroparesis ritkán ugyan, de bizonyos daganatos betegségek bevezető tünete lehet, esetünkben egy thymoma asszociált paraneoplastikus gastroparesist ismertetünk.

Esetismertetés: Egy 55 éves nőbeteg 2 hetes obstipatio miatt került osztályunkra. Hasi képalkotók a gyomorban retenciót írtak le, nasogastricus szondán át nagy mennyiségű, atóniás gyomortartalom ürült. Gasztroszkópia gastro- és duodenumparesist igazolt, prokinetikum és laxatívum mellett széklete megindult, emittáltuk, a panasz háttérében a nemrég lezajlott légúti infekciót, antibiotikum szedést véleményeztük. Nem sokkal később panaszai újra indultak, obstipatio, hányás kezdődött, mely mellett kettőslátás is jelentkezett, így Neurológiai Osztályunkra került felvételre. Statusában internuclearis ophtalmoparesist rögzítettek, nystagmus nélkül. Koponya-CT és -MRI érdemi eltérést nem ábrázolt, rutin liquor, immunpanel, gangliozid elleni antitest, tumormarkerek, vírus és Borellia szerológiák negatívak lettek, szérumból és liquorból paraneoplasztikus antitest nem volt kimutatható. ENG-vizsgálat myopathiara, myastheniara utalót nem igazolt, Tensilon-teszt, felnőtt és foetalis Ach, anti Musk elleni antitest negatívak, Mestinon a tüneteinek nem javított, így a felmerülő myasthenia gravist megerősíteni nem tudták. Paraneoplasztikus folyamat lehetősége miatt végzett mellkasi CT-vizsgálat során thymoma került leírásra. Országos Onkológiai Intézet Mellkassebészeti osztályára irányították, ahol radikális thymectomya történt, valamint posztoperatív sugárkezelést kapott, ezt követően kettőslátás megszűnt, gastrointestinalis panaszai is lassú javulásnak indultak.

Konklúzió: Bár myasthenia gravis mellett ritka az autonóm zavar és paraneoplasztikus gastroparesis egyéb más daganatok esetében is előfordul, myasthenia gravis gyanú és gastrointestinalis tünetek együttes fennállása esetén thymoma lehetőségét ki kell zárni.

79.

A TNF-ALFA-GÁTLÓK JANUS-ARCAVadász K.¹, Czirok S.¹, Kardos M.², Szász M.¹¹Budapesti Szent Margit Kórház, Budapest²Semmelweis Egyetem, Budapest

Bevezetés: Számos autoimmun reumatológiai kórkép-nél ismerünk típusos extraartikuláris manifesztációt. Míg a betegségek alapmechanizmusa következtében néhány esetben gyakori a veseérintettség kialakulása, addig több kórképnél kevésbé ismert, hogy vesebetegség is előfordulhat. Az alapbetegségen túl, az azok kezelésére alkalmazott terápiákkal összefüggésben is felléphet nephropathia, amely NSAID-ok és egyes konvencionális szintetikus DMARD-ok alkalmazásánál már jól ismert szövödmény. Főleg esetismertetésekből tudjuk, hogy biológiai terápia mellett is kialakulhat vese-károsodás. Célunk, hogy felhívjuk a figyelmet a TNF- α -gátlók ilyen mellékhatására, illetve bemutassuk a spondyloarthritisek fennállásakor kialakuló veseérintettség lehetőségét, rávilágítva a differenciáldiagnosztikai és terápiás nehézségekre.

Módszerek: Az 55 éves, több mint 20 éve spondylitis ankylopoeticában (SPA) és Crohn- betegségben (CD) szenvedő férfitbetegünk 12 éve részesült TNF- α -gátló terápiában. A kezelés mellett mind az SPA, mind a CD remisszióban volt. Gondozó reumatológus kolléga rutin kontrollok során néhány hónapja tartó lassú vesefunkció romlás, proteinuria és mikrohematuria megjelenését észlelte, ezért a beteget nefrológiára irányította. Az alapbetegség ritka vesemanifesztációja mellett gyógyszer mellékhatás merült fel. A TNF- α -gátló felfüggesztése ellenére a vesefunkció és proteinuria tovább romlott, ezért vesebiopszia történt, mely során eosinophil sejtes tubulointerstitialis nefritisz (TIN) és IgA-nephropathia együttes jelenléte igazolódott.

Eredmények: A TNF- α -gátló terápia felfüggesztésével, és szteroid alkalmazásával megszűnt a proteinuria és javult a vesefunkció. Később a szteroid leépítésével a betegnél megjelent a korábbi deréktáji fájdalom. Az SPA és CD együttes kontrollálására alkalmazható biológiai terápia ismételt adását nem támogattuk, ezért reumatológus kollégával egyeztetve, JAK-gátló bevezetése történt, melynek hatására a beteg panaszai megszűntek.

Következtetések: Reumatológiai autoimmun betegségek esetén rendszeresen értékelni kell a vesefunkciós és vizeletvizsgálati eredményeket. Ezekben a betegségekben akár gyógyszer mellékhatás, akár maga az alapbetegség is okozhat nephropathiát. Kevésbé ismert, de egyre több eset jelenik meg az irodalomban arról, hogy biológiai terápia alkalmazásának következtében, az alkalmazás időtartamától függetlenül, túlérzékenységi reakció mechanizmusával is kialakulhat vese-károsodás.

80.

NEONATALIS LUPUS, MAGZATI SZÍVBLOKK AKTUALITÁSAI AZ ORFI BETEGANYAGÁN KERESZTÜL (2018. 06. 01–2024. 08. 31.)Végh J.¹, Zöld D.¹, Bazsó A.¹, Takács J.¹, Tóth K.¹, Nagy G.¹, Hajdú J.², Ladányi A.², Györkos B.², Kiss E¹¹Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest²Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet, Budapest

A neonatalis lupus (NLE) egy olyan tünetegyüttes ami anti-SSA és anti-SSB autoantitestet hordozó (akár tünetmentes) anyák magzataiban alakulhat ki. Előfordulása a seropozitív anyák magzatainak esetében 1–3%, de ha az anyának korábban már volt NLE tüneteit mutató magzata ott ez 15–20%. A szűrést a 16. hét után javasolt indítani magzati szív UH végzésével, ez észlelt eltérésektől függően eltérő gyakorisággal. Az eddigi tapasztalatok alapján a hydroxocholoroquin rendelkezik preventív hatással. A már kialakult magzati szívblokk kezelésében a fluorozott szteroidok választandók elsőként, de IVIg és plazmaferézis alkalmazása is szóba jöhet. Előadásunkban 2019. 06. 01–2024. 08. 31. között kezelt 9 eset adatait feldolgozzuk, és ezen keresztül bemutatjuk a neonatalis lupus (NLE) és magzati szívblokk diagnosztikájában és kezelésében jelenleg elfogadott gyakorlatot és tapasztalatokat. Az elmúlt 5 év során 9 esetben igazolódott NLE, közülük 2 anyának volt már korábban is NLE-ben szenvedő magzata (akkor fatális kimenetellel jártak). Az anyák közül 4 esetben ismert Sjögren sy, 2 esetben a jelen terhesség alatt jelentkezett klinikai tünet és 3 esetben klinikai tünet nélküli seropozitivitást észleltünk. Az NLE a terhességek 19–23 hete között igazolódott és 6 esetben AV blokk, 3 esetben magzati myocarditis igazolódott. A dexamaethason kezelés mellett minden esetben IVIg-t alkalmaztunk és 1 esetben került sor plazmaferézis kezelésekre. 7 esetben sikerült a terhességet a 36–39 hétig elvinni. Születés után 2 esetben volt szükség pacemaker beültetésre. Az NLE bőr, haematológiai, hepatobiliaris vagy központi idegrendszeri tünetei a születés után viszonylag jó hajlamot mutatnak a regresszióra, a cardialis eltérések azonban végzetesek lehetnek, és beavatkozás nélkül akár már intrauterin vagy később a születés után a magzat elvesztését okozhatják. A cardialis tünetek közül a magzati szívblokk magzati hypoxiát, keringési elégtelenséget, hydrops foetust okozhat, így szűrése és a megfelelő időben való beavatkozás nagy jelentőséggel bír. Az általunk kezelt 9 esetben az IVIg (1 esetben PEX-szel kombinálva) hatékonyan tűnik a végzetes kimenetel és a maradandó III. fokú AV-blokk kivédésében.

81.

AZ EOSINOPHIL GRANULOMATOSUS POLYANGIITIS OKOZTA DIAGNOSZTIKUS ÉS TERÁPIÁS NEHÉZSÉGEK BEMUTATÁSA EGY ESET KAPCSÁN

Vincze A.¹, Polgár A.⁴, Végh J.², Mikó I.³, Bazsó A.¹, Pálfi P.¹, Kiss E.¹

¹Klinikai Immunológiai, Felnőtt- és Gyermekreumatológiai Osztály, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest

²Intenzív Terápiás Osztály, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest

³II. Reumatológiai Rehabilitációs Osztály, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest

⁴III. Reumatológiai Rehabilitációs Osztály, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest

A korábban Churg–Strauss-szindrómaként ismert eosinophil granulomatosis polyangiitisszel (EGPA) a kis és közepes méretű erek nekrotizáló vasculitise. Az EGPA-t az asztma, az orr polyposissal kísért rhinosinusitis és a perifériás eosinophilia különbözteti meg a csoport többi betegségétől. Bár az EGPA az antineutrofil citoplazmatikus autoantitesthez (ANCA) asszociált vasculitisek közé tartozik, az ANCA csak az esetek 40%-ában mutatható ki. Az ANCA negatív esetekben a neutrophil és B sejtek aktivitásával ellentétben az eosinophil sejtek aktivitása a fő patofiziológiai eltérés. Az eltérő patomechanizmus klinikailag is eltérő fenotípusban manifesztálódik. A tünetek és a szervi érintettség változatossága nehezíti a diagnózist. Hasonlóan kihívást jelent a kórkép kezelése, ami az ajánlások tükrében eltér más ANCA asszociált vasculitis (AAV) kezelésétől. Ugyanakkor új, innovatív, célzott terápiás lehetőségekkel rendelkezünk. A diagnosztikus és terápiás nehézségeket kívánja bemutatni a szerzők által ismertett 38 éves férfibeteg esete. Évek óta ismert volt szénanáthája, enyhe aszmája, krónikus sinusitise, amely mellett a hirtelen kialakult tetraparesist okozó mononeuritis multiplex és pulmonális infiltrátum miatt került Intézetünkbe. A klinikai tünetek, magas eosinophil szám, szövettannal igazolt bőrvasculitis, p-ANCA és myeloperoxidáz enzim ellenes antitest pozitivitás alapján állítottuk fel az EGPA diagnózist. Az idegrendszeri érintettség miatt plazmaferézist, szisztémás kortikoszteroid, ciklofoszfamid, intravénás immunoglobulin, majd B-sejt depletáló kezelést alkalmaztunk indukzív terpiaként. A remisszió elérése után metotrexate fenntartó kezelést és inhalatív szteroidot kapott. 6 év után rhinitises, asztmás tüneteinek súlyosbodása és emelkedő eosinophil sejtszám által jelzett relapszust észlelve az IL-5 útvonalat gátló biológikum (mepolizumab) adására került sor, amellyel remisszióban tartható. Az eset szemlélteti, hogy súlyos esetekben agresszív, kombinált immunosuppresszív kezeléssel érhető el remisszió, továbbá azt, hogy adott betegség különböző klinikai tüneteinek hátterében eltérő immunregulációs zavar állhat. Az immunpatológiai fo-

lyamatokért felelős molekulák célzott terápiája lehetőséget biztosít, hogy minél inkább egyénre, illetve a betegség aktuális állapotára szabott kezelést nyújtsunk betegeink számára.

82.

„KATASZTRÓFA” ANTIPHOSPHOLIPID SZINDRÓMA SZÍNES KLINIKUMA EGY ESET KAPCSÁN

Vitárus D.¹, Takács J.¹, Zöld D.¹, Tóth K.¹, Kiss E.², Nagy G.², Végh J.¹

¹Intenzív Terápiás Osztály, ORFI, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest

²Klinikai Immunológia, Felnőtt- és Gyermekreumatológiai Osztály, ORFI, Országos Mozgásszervi Intézet, Budapest

Az antiphospholipid szindróma (APS) szerzett thrombophilia, a szisztémás autoimmun betegségek közé tartozó thromboinflammatoricus kórkép. Patomechanizmusa komplex folyamat, mely involválja az immun-, komplement – és véralvadási rendszer számos elemét. A katasztrofális APS (CAPS) az APS-betegek 1%-ánál megjelenő, magas halálozási aránnyal járó kórkép, amely 1 héten belül manifesztálódó, legalább három szerv microvascularis thrombosisán keresztül diszfunkcióját jelenti. Patogenezisében felmerült a kontrollálatlan komplement aktiváció lehetősége. Legtöbb betegnek azonosítható precipitáló eseménye van, például műtét, fertőzés vagy terhesség.

Esetünkben lehetőség nyílik betekinteni az időben fel nem ismert APS-es betegnél az események lefolyásába, következményeinek ellátásába. 26 éves férfibetegnél STEMI zajlott, szervült thrombussal kitöltött apicalis aneurysma alakult ki. 38 éves korában gastroenteritis miatt SBO-n észlelés, közben ACM stroke, másnap hasi fájdalom progresszió hátterében Mesenterica inferior okklúzió igazolódott. Emiatt teljes vékonybél-reszekció vált szükségessé stoma képzéssel. Posztoperatív ARDS, sepsis miatt ITO ellátás. MR enterográfián kétoldali renalis ischaemia, hasi CT-vizsgálaton máj jobb lebeny perfúziós zavar. Stomazáró műtét másnapján gravis vérzés miatt véralvadásgátló csökkentés, ezt követően szótálalási nehezítettség (hátterében újabb stroke), oliguria, hyponaemia, néhány nappal később újra ARDS, sepsis (pyelonephritis, pneumonia). Állapotstabilizálás után kialakult flexiós kontraktúra hátterében Psoas maior tályog. Intézetünkben nagy dózisú szteroid, IVIg, PEX, majd RTX, Plaquenil kezelés mellett állapota fokozatosan stabilizálódott. A CAPS precipitáló faktoraiból láthatjuk, hogy a véralvadásgátlás csak egy a terápiás szükségletekből, elengedhetetlen a megfelelő bázisterápia alkalmazása a prevenció érdekében. Fontos a mielőbbi multidiszciplináris megközelítés és beavatkozás, mert ez szükséges ahhoz, hogy a több szervrendszert érintő elégtelenség következményeit tudjuk mérsékelni, fatális kimenetek számát tudjuk csökkenteni. Súlyos immunológia

betegségekhez gyakran társul szekunder immunhiány, infekciók képesek alapbetegséget bármikor aktiválni, meglévő immunszuppresszió mellett alacsony gyulladásos paraméterekkel is tünetképző abszcendáló folyamat bújhat meg a háttérben. IVIg terápia, plazmaferézis kulcsfontosságú szerepe szintén kiemelendő.

83.

SZEKUNDER PRIMER MALIGNITÁS ELŐFORDULÁSA KRÓNIKUS MYELOPROLIFERATÍV KÓRKÉPEKBEN

Zsigmond R.¹, Zsigmond E.², Borbényi Z.³,
Gurbity Pálfi T.⁴

¹Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Centrum,
Szegedi Tudományegyetem, Szeged

²Kardiológia Osztály, Észak-Pesti Centrumkórház-
Honvédkórház, Budapest

³Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Centrum,
Szegedi Tudományegyetem, Szeged

⁴Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Centrum,
Szegedi Tudományegyetem, Szeged

Bevezetés: A myelofibrosis (MF), a polycythemia vera (PV) és az essentialis thrombocythosis (ET) krónikus myeloproliferatív kórképek (MPN), amelyekben a JAK2 útvonal fontos terápiás célpontnak számít. Ezekhez szekunder primer malignitás (SPM), mint szolid tumor (ST) és lymphoproliferatív betegségek (LPN) társulhatnak, melynek hátterében felmerülhet a terápia és a genetikai háttér szerepe is.

Célkitűzés: Tanulmányunk célja a MPN és SPM együttes előfordulásának és ezek hosszú távú prognózisra kifejtett hatásának vizsgálata volt. Módszerek: A Szegedi Tudományegyetem Hematológiai Osztályán 2012 és 2023 között retrospektív módon elemeztük a MPN miatt kezelt betegek körében a SPM gyakoriságát, a MPN-ben alkalmazott terápia és genetikai háttér erre kifejtett hatását, valamint a SPM hosszú távú prognosztikai szerepét.

Eredmények: MF-t 195 betegnél igazoltak (59 szekunder, 114 primer, 22 myelodysplasiával társuló forma) (119 JAK2+, 25 ismeretlen), 21 (10,7%) esetben társult ehhez LPN, 18 (9,2%) esetben ST. 106 (54,3%) beteg részesült JAK2-gátló kezelésben. A SPM előfordulását a JAK2-gátló kezelés (15,1% JAK2-gátlóval, 21,3% JAK2-gátló nélkül, $p = 0,24$) vagy a genetika (18,5% a JAK2+, 17,6%, JAK2- esetekben, $p = 0,87$) nem befolyásolta szignifikánsan. Az átlagos utánkövetési idő $3,3 \pm 3$ év volt, ezalatt 111 (57%) beteg hunyt el. PV-t 188 betegnél mutattak ki (188 JAK2+), 1 (0,5%) esetben fordult elő LPN és 4 (2,1%) esetben ST, 28-an (14,9%) részesültek JAK2-gátló kezelésben. A JAK2- gátlóval kezelt betegek csoportjában nem volt jelen SPM. Az átlagos utánkövetési idő $7,1 \pm 4,2$ év volt, ezalatt 56 (30%) beteg hunyt el. ET-ből 93 (57 JAK2+) beteget vontunk be, 4 (4,3%)

LPN és 7 (7,5%) ST fordult elő, 7-en (7,5%) részesültek JAK2-gátló kezelésben. A SPM előfordulását a JAK2-gátló kezelés (14,3% JAK2-gátlóval, 7% JAK2-gátló nélkül, $p = 0,83$) vagy a genetika (10,5% JAK2+, 8,3% JAK2-, $p = 0,41$) nem befolyásolta szignifikánsan. Az átlagos utánkövetési idő $8,4 \pm 5,4$ év volt, ezalatt 36 (38,7%) beteg hunyt el.

Következtetés: Az esetek 10%-ban fordult elő SPM, ami hangsúlyozza a rendszeres szűrés fontosságát. A JAK2-gátló kezelés és a genetikai státusz nem bizonyult szignifikáns rizikófaktoroknak a SPM-ra nézve egyik betegcsoportban sem. A SPM nem rontotta szignifikánsan a túlélést a vizsgált betegpopulációban.

84.

D-VITAMIN-TÚLADAGOLÁS ÁLTAL OKOZOTT HYPERCALCAEMIA SZISZTÉMÁS SZÖVŐDMÉNYEI – ESETTANULMÁNY

Zsigrai S.¹, Kollár R.¹, Mészáros S.¹, Szabados S.²,
Vásárhelyi B.², Takács I.¹, Kőrei A.¹

¹SE Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²SE Laboratóriumi Medicina Intézet, Budapest

Bevezetés: A kalcium részt vesz az izmok, a neurotranszmisszió és az intracelluláris jelátviteli folyamatok megfelelő működésében, így emelkedett szérumszintje akár életet veszélyeztető szisztémás következményekhez vezethet. A hypercalcaemia hátterében az esetek több mint 90%-ában primer hyperparathyreosis vagy daganatos megbetegedés áll, azonban az etiológia tisztázása céljából mindenképpen gondolni kell olyan ritka okokra is, mint pl. a sarcoidosis, tuberculosis, tiazid diuretikum- és lítiumterápia, immobilizáció, Burnett-szindróma, ill. a D-vitamin-intoxikáció.

Eredmények: Az 54 éves férfibeteg alsó végtagi gangraena következtében fellépő sepsis állapot konzervatív terápiája céljából került Klinikánkra. Felvételi laborjában gravis hypercalcaemia (korrigált Ca: $3,3 \text{ mmol/L}$) igazolódott, amely a megkezdett folszorosított diurézisre nem reagált, így intravénás biszfoszfónátot alkalmaztunk. Bár egyes panaszai (izomgyengeség, étvágytalanság, meglassultság) a bakteriális fertőzéshez és a magas kalciumszinthez egyaránt társíthatók voltak, azonban az EKG-regisztrátumon észlelt QT-idő lerövidülés, a kontroll laborokban látható akut vese-funkció-romlás és az obstipáció egyértelműen hypercalcaemiás tüneteknek bizonyultak. A terápiával párhuzamosan megkezdtek a beteg protokollszerű kivizsgálását, amely során alacsony PTH-szint ($5,72 \text{ pg/mL}$) mellett extrém magas D-vitamin-értéket (2230 nmol/L) mértünk. Ez utóbbi az elmúlt másfél évben Egyetemünk Központi Laboratóriuma által detektált D-vitamin-szinteket messze meghaladta. A kapott eredményt a beteg által egy hónapon keresztül – az immunrendszer támogatása céljából – fogyasztott 25000 NE/nap D-vitamin idézte elő. Hospitalizációja során a fertőzés

szanálódása mellett a beteg Ca-szintje és QT-ideje normalizálódott, továbbá az emissziót követően havi rendszerességgel végzett laborvizsgálatok alkalmával normális Ca- és D-vitamin-értékeket, valamint vesefunkciós paramétereket észleltünk.

Következtetés: A D-vitamin pótlása fontos a csontok egészségének és az immunrendszer megfelelő működésének fenntartásában, továbbá számos kutatás bizonyítja tumorelles hatását, valamint az endokrin-

ológiai és szülészeti-nőgyógyászati megbetegedések megelőzésében nyújtott szerepét. Konszenzusajánlás szerint a normális szérum szint fenntartásához napi 2000 NE D-vitamin fogyasztása szükséges. Azonban pótlása fokozott óvatosságot igényel, ugyanis tartósan magas (10000 NE/nap felett) D-vitamin-bevitel a bemutatott esethez hasonlóan hypercalcaemiához köthető szövödményeket idézhet elő.

MEGHÍVÓ

Magyar Belgyógyász Társaság 51. Nagygyűlése
2025. november 13–15.

Helyszín: Thermal Hotel Visegrád



NÉVMUTATÓ AZ ÖSSZEFOGLALÓKHOZ

A nevek melletti szám az összefoglaló sorszáma.
Az első szerzőséget csillag jelzi.

A

Ablonczy L. 4
Alizadeh A. A. 7
Alpár D. 7
Andréka P. 24
Angyal D. 1*
Aszalós S. 2*

B

Bajcsi D. 53
Bajnok L. 17, 71,
Balogh D. 3*
Balogh F. 1
Barták B. 5, 6*, 20, 29, 61, 65
Barzó P. 64
Bazsó A. 30, 76, 80, 81,
Benkő T. 51
Berkesi E. 53
Bertalan R. 22
Beyaty S. 37
Bezsilla J. 70
Bihari L. 25
Birtalan K. 10*
Bitó L. 53
Bor R. 48, 66
Borbényi Z. 53, 83
Bordács B. 11*
Bordás L. 56
Borka K. 63
Bozsik A. 77
Bozsár S. 68
Bálint A. 62
Bánhidi C. 4*, 42
Bányai F. 5*, 6, 20, 29, 46, 65
Bárdos D. 51
Bátai B. 7*
Békeffy M. 8*, 45
Bényei E. 9*, 63,
Bödör C. 7
Bösze Z. 48, 66

C

Chabon J. J. 7
Christofi A. 12*
Close S. 7
Crai S. 56
Csabai I. 6, 29
Csatáry Á. 75
Csenteri O. 24
Cserhádi N. 68
Csikós D. 10
Csintalan Z. 13*
Czakó L. 23, 62
Czirok S. 79, 16*
Czompa D. 19
Czégeni A. 14*, 75, 74
Czékus C. 15*

D

Dank M. 39
Daradics P. 17*
Demeter J. 69, 77
Dezsenyi B. 51
Dezsőfi-Gottl A. 4
Deák P. 64
Diehn M. 7
Dobi D. 34
Domján B. 8
Domján G. 33
Drácz B. 19
Dumele A. 64
Dunás-Varga V. 18
Dézsi C. 68
Dézsi K. 64
Dömötör A. 18*

E

Egresi A. 19*, 51

F

Farkas B. 62
Farkas E. 5, 6, 20*, 29, 46, 65
Farkas K. 62
Farkas P. 19
Farkas Z. 21*
Farkas Á. 64
Fekete B. 19
Felletár I. 54
Folhoffer A. 4, 42
Friedl M. 68
Fábián A. 48, 62, 66
Féhér M. 64

G

Gajdán L. 18
Garam N. 22*, 26
Gerlei Z. 4, 19
Gieszinger G. 23*
Gulyás E. 71
Gurbity Pálfi T. 83
Gurzó Z. 56
Gyöngyösi H. 24*
Györkos B. 80
Györkos B. 76
Gönczi L. 1

H

Hagymási K. 19, 51
Hahn O. 51
Hajdú J. 80
Hajdú N. 25*
Hajer A. 39
Halász J. 51
Halász R. 66
Hankó H. 26*
Hasitz Á. 27*
Helle K. 28*

Hogan G. 7
Holczbauer A. 6, 29*
Holhós N. 30*
Horvát G. 31*
Horváth A. 32*, 64
Horváth C. 39, 45
Horváth E. 33*
Horváth L. 64
Horváth S. 37
Horváth V. 8
Husztly G. 59, 63

I

Iliás Á. 1
Illés A. 9
Illés D. 23
Ilyés S. 56
Inczeffi O. 62
Istenes I. 55, 69, 77
Ivány E. 62
Iványi G. 12
Izbéki F. 18
Izer J. 10

J

Jancsó Z. 24
Juha M. 34*
Jávorfi T. 26
József I. 59

K

Kalabay L. 35*
Kalabay M. 36*
Kalmár A. 61, 65
Kalmár Nagy K. 71
Kardos M. 79
Katonai A. 9
Kelemen K. 14, 75
Kempfer M. 52
Kempfer P. 8, 11
Kevei P. 34
Kis I. 37*
Kis J. 14, 74, 75,
Kiss A. 38*
Kiss E. 3, 30, 59, 72, 76, 80, 81, 82
Kocsis G. 26
Kollár R. 39*, 84,
Komlódi N. 40*
Korda D. 51
Koreny V. 41*
Kovács K. 59
Kovács Á. 22
Krolopp A. 4, 42*
Kui B. 48, 66
Kupai K. 11, 43*
Kurtz M. D. 7
Kurucz P. 44*
Kósa J. 9
Kőrei A. 8, 55, 84
Kührner B. 14, 74

L

Lada S. 23
Ladányi A. 76, 80
Lakatos G. 63
Lakatos P. 1, 9

Ledó N. 34
Lee Y. 26
Leel-Össy T. 39, 45*
Lengyel C. 11
Linkner T. 46*, 54, 65,
Lontai L. 1
Lupas D. 47*
Lábodi L. 68
Lázár I. 70
Lóczy T. 62

M

Magyar D. 48*, 66
Majláty B. 14, 74
Mangel L. 71
Markóth C. 49*
Meltzer A. 51
Mezei P. 59
Mezősi E. 71
Mikó I. 81
Modok S. 53
Mogyorósi K. 58
Molnár B. 5, 6, 20, 29, 46, 54, 61, 65
Molnár T. 62
Morar A. 19
Morár A. 51*
Márkus M. 50*
Mészáros S. 39
Mészáros S. 45, 84
Móczár C. 24
Mühl D. 51
Müller Z. 18

N

Nagy G. 30, 72, 76, 80, 82,
Nagy P. 9
Nagy T. 53*
Nagy Z. 5, 6, 20, 46, 54*, 65
Nagy Á. 7, 52*
Nemcsik J. 24
Nemes O. 71
Nemes-Antal Z. 55*
Netye Z. 56*
Novák J. 56
Nyilas N. 64
Nyiraty S. 11, 43
Németh D. 42
Németh T. 77

P

Papp D. 57*
Papp V. 13, 41, 57, 58*
Patai Á. 73
Patócs A. 25, 64, 77
Pekli D. 51
Perge P. 59*
Perneczki A. 4
Peskó G. 36
Pethő Á. 34
Pipek O. 6, 29
Piros L. 9
Polgár A. 81
Polyák A. 14
Princz D. 18
Pusztai E. 60*
Pálfi P. 81

R

Rada K. 61*, 65
Radeckzy P. 78
Rajbár R. 71
Remport Á. 9
Resál T. 62
Riley L. 7
Rosztóczy A. 28, 62
Rottek J. 16
Rutka M. 62*
Rácz B. 56
Rényi-Vámos F. 78
Róka R. 62

S

Schandl L. 14, 74, 75
Schnabel K. 34
Schultz A. 7
Sipos L. 44
Sosity H. 40
Stark J. 63*
Stefán Á. 13, 58
Studinger P. 34
Suhai F. 25
Sung Y. 64*
Svébis M. 26
Szabados S. 84
Szabó A. 70
Szabó B. 78
Szabó V. 64
Szabóné Ábrahám Z. 68
Szakállas N. 5, 6, 20, 46, 54, 61, 65*
Szalai G. 71
Szalai L. 56
Szalay F. 4, 42
Szauder I. 67*
Szepes Z. 48, 62, 66
Szigeti E. 39
Szijártó A. 19, 51
Szili B. 38, 45, 69
Szili K. 68*
Szili-Janicssek Z. 69*
Szolga B. 70*
Szujó S. 71*
Szántó F. 48, 66*
Szász M. 16, 79
Szűcs N. 22, 25, 44
Szöllősi G. 24
Sándor B. 18

T

Tabák G. 26
Tabák Á. 8

Tajti M. 23

Takács E. 10, 21, 37
Takács I. 5, 6, 20, 29, 46, 54, 61, 65, 84
Takács J. 72*, 76, 80, 82
Takács R. 40
Taller A. 10, 21, 37, 78
Tamás G. 64
Tari N. 73*
Timár B. 7
Tislér A. 34, 42
Tomasics G. 74*, 75
Torzsa P. 24
Tremmel A. 33
Troke M. 7
Turai P. 77*
Turgonyi Z. 78*
Tóth A. 75*
Tóth B. 26
Tóth K. 30, 72, 76*, 80, 82
Tóth M. 9, 59, 63, 70
Tőke J. 9, 59, 63, 70

U

Uhlyarik A. 63

V

Vadász K. 79*
Vajda Z. 44
Vajer P. 24
Valcz G. 5, 6, 20, 65
Valkusz Z. 11, 12, 43
Varga M. 2, 47
Veres A. 47
Vincze A. 81*
Vitárus D. 82*
Várallyay P. 44
Várkonyi T. 11
Várkonyi Á. 11
Vásárhelyi B. 84
Végh J. 30, 72, 76, 80*, 81, 82

W

Werling K. 19, 51
Winkler G. 14, 74, 75

Z

Zalatnai A. 70
Zsigmond E. 83
Zsigmond R. 83*
Zsigrai S. 84*
Zsilák-Urbán M. 23
Zsóri G. 56
Zöld D. 30, 72, 76, 80, 82

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG ELNÖKEI 1966-TÓL

Magyar Imre
Gráf Ferenc
Varró Vince
de Châtel Rudolf 1994–2002
Tulassay Zsolt 2002–2010
Rácz Károly 2010–2016
Szathmári Miklós 2016–2022
Takács István 2022–

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG KITÜNTETETTJEI

Magyar Belgyógyász Társaság Emlékérem kitüntetést kaptak:

1996. Dr. Varró Vince
1998. Dr. Iványi János, Dr. Lehoczky Dezső
2000. Dr. Rák Kálmán
2002. Dr. de Châtel Rudolf
2004. Dr. Romics László
2006. Dr. Sonkodi Sándor
2008. Dr. Csanády Miklós, Dr. Juhász László, Dr. Nagy Judit
2010. Dr. Nemesánszky Elemér, Dr. Szegedi Gyula
2012. Ebben az évben nem volt kitüntetett
2014. Dr. Kiss László, Dr. Leövey András
2016. Dr. Jakab Lajos, Dr. Nagy Judit
2018. Dr. Pák Gábor
2022. Dr. Rácz István
2023. Dr. Tulassay Zsolt
2024. Dr. Szalay Ferenc

Kelemen Endre Emlékelőadás és Emlékérem kitüntetés

2018. Dr. Tulassay Zsolt
2022. Dr. Szalay Ferenc
2023. Dr. Fekete Sándor
2024. Dr. Demeter Judit

XXVI. BUDAPEST DIABETES SZIMPÓZIUM, AZ MDT ÉVNYITÓ TUDOMÁNYOS ÜLÉSE

Auqaworld Szálló, Budapest
1044 Budapest, Íves út 16.

2025. febr. 7-8. (péntek-szombat)

Szervezők: Prof. Dr. Jermendy György, Prof. Dr. Wittmann István

2025. 02. 07. PÉNTEK

14.00 – 14.20

Köszöntő / Bevezető

Prof. Dr. Jermendy György:
Diabetológiai újdonságok az elmúlt évben – I.
Prof. Dr. Wittmann István:
Diabetológiai újdonságok az elmúlt évben – II.

SZPONSZORÁLT ELŐADÁSOK / SZIMPÓZIUMOK

14.25 – 14.40

Dr. Kántor Irén: Új perspektívák az 1-es típusú diabétesz korai felismerésében és kezelésében (szponzor: SANOFI)

14.40 – 15.25

Beszéljünk a gyakorlatról! SGLT-2-gátlók való élet evidenciái széles betegkörben

Boehringer Ingelheim Szimpózium

Üléseelnök: Prof. Dr. Jermendy György
Dr. Nádas Judit: SGLT-2-gátlók a diabetológiai/kardiológiai gyakorlatban
Dr. Brasnyó Pál: SGLT-2-gátlók a CKD kezelésében

15.30 – 16.15

Táguló GLP-1-univerzum

Novo Nordisk Szimpózium

Üléseelnök: Prof. Dr. Kempler Péter
Prof. Dr. Wittmann István: GLP-1-receptoragonista kezelés nefrológiai aspektusa 2-es típusú diabéteszben
Prof. Dr. Tomcsányi János: GLP-1-receptoragonista kezelés kardiovaszkuláris aspektusa 2-es típusú diabéteszben

16.20 – 17.05

Az autonóm neuropathia, a kardiovaszkuláris kockázat, a vércukor-variabilitás és a DPP-4-gátló kezelés összefüggései

Richter Gedeon Nyrt. szimpózium

Aki kérdez: Prof. Dr. Kempler Péter
Aki válaszol: Dr. Rosta László háziorvos,
az MDT Családorvosi Munkacsoport vezetője

17.05 – 17.30 Szünet

17.30 – 18.15

77 Elektronika Kft. szimpózium

Üléseelnök: Prof. Dr. Wittmann István
Dr. Kis János Tibor: CGM a cukorbeteg-gondozásban: új adatok, saját tapasztalatok
Szécsényi János: CareSens Air – második generációs folyamatos szövetiglukóz-monitorozó rendszer

18.20 – 19.05

Klinikai perspektívák a DMD-k alkalmazásában: mechanizmusoktól a mellékhatásokig

AstraZeneca szimpózium

Üléseelnök: Prof. Dr. Jermendy György

Prof. Dr. Lengyel Csaba: SGLT-2-gátlók: mechanizmusok és terápiás potenciál a diabétesz kezelésében
Dr. Kis János Tibor: T2DM körlefolyasát módosító kezelések biztonságossági aspektusai: tapasztalatok és ajánlások

19.10 – 19.55

Forradalmi változások a kardiometabolikus kórképek terápiájában

Lilly Hungária Kft. szimpózium

Üléseelnök: Prof. Dr. Jermendy György
Dr. Nádas Judit: Obezitás – a 2-es típusú diabétesz előszobája
Dr. Kovács Gábor László: A metabolikus népbetegség

2025. 02. 08. SZOMBAT

Üléseelnök: Prof. Dr. Jermendy György

09.00 – 09.25

Prof. Dr. Wittmann István: Daganatos betegségek diabéteszben, antidiabetikumok onkológiai vonatkozásai

09.25 – 09.50

Prof. Dr. Hosszúfalusi Nóra: Remisszió diabéteszben

09.50 – 10.15

Prof. Dr. Kempler Péter: A diabétes mellitus, az osteoporosis és a DPP-4-gátló kezelés összefüggései

10.15 – 10.40

Prof. Dr. Molnár Gergő: GLP-1-receptoragonisták és SGLT-2-gátlók együttes adása – milyen evidenciákkal rendelkezünk?

10.40 – 11.10 Szünet

Üléseelnök: Prof. Dr. Wittmann István

11.10 – 11.35

Prof. Dr. Karádi István: A lipidcsökkentő terápia újdonságai

11.35 – 12.00

Prof. Dr. Jermendy György: Kardiovaszkuláris kockázat 1-es típusú diabéteszben

12.00 – 12.25

Prof. Dr. Kiss Róbert: Pitvarfibrillatio diabéteszben – előfordulás, terápia, megelőzés

12.25 – 12.50

Prof. Dr. Lengyel Csaba: GLP-1-alapú kettős és hármas agonista készítmények a T2DM kezelésében – eredmények, remények

Zárszó: Prof. Dr. Wittmann István

A rendezvény akkreditációja (orvosoknak/gyógyszereszeknek, szakdolgozóknak) folyamatban van.

Szervező Iroda: STAND-ART Event Management
Felvilágosítás szervezési ügyben: Dr. Bernáth József,
joe@stand-art.hu

Telefon: 30-372-5117

Tudományos ügyben: Prof. Dr. Jermendy György,
gyjermendy@gmail.com

Telefon: 20-928-2445