

Magyar Gasztroenterológiai Társaság Endoszkópos Szekció

2014. évi Vándorgyűlése

Szövődmények endoszkópia során,
rizikófaktorok, megelőzés, ellátás

2014. október 3-4.

Program- és absztraktfüzet



Fő támogatók:

Anamed Kft.
MSD Pharma Hungary Kft.

Kiemelt támogatók:

Ferring Magyarország Kft.
Medicons Kft. – Dr. Falk Pharma Képviselő
Sandoz Hungária Kft.
Takeda Pharma Kft.
TEVA Gyógyszergyár Zrt.

Kiállítók, támogatók:

Abbott Laboratories Magyarország Kft.
Allegro Kft.
Boston Scientific
COOK Medical Hungary Kft.
Elektro-Oxigén Kft.
Endo Plus Service Kft.
Goodwill Pharma Consulting Kft.
Hun-Med Kft.
Magyar Orvosi Kamara Baranya Megyei Területi Szervezete
Medirex Zrt.
Micromedical Kft.
ProGastro Kft.
Strathmann GmbH Co & KG

**Magyar Gasztroenterológiai Társaság
Endoszkópos Szekció**

2014. évi Vándorgyűlése

Szövődmények endoszkópia során,
rizikófaktorok, megelőzés, ellátás

Pécs, Tudásközpont
2014. október 3-4.

Tisztelt Kolléganők és Kollégák!

Nagy öröm és megtiszteltetés számunkra, hogy a Magyar Gasztroenterológiai Társaság Endoszkópos Szekciójának 2014. évi Vándorgyűlését Pécsen rendezhetjük meg.

Fő témaként az endoszkópos vizsgálatok és terápiás beavatkozások szövődményeit választottuk. Az endoszkópia, folyamatos fejlődése révén, diagnosztikus beavatkozásból egyre gyakrabban és több területen alakul át terápiás alternatívát is kínáló módszerré. Határainak kiterjesztése a pusztán diagnosztikus vizsgálatokban is meglévő komplikációk veszélyét tovább fokozza. A kockázat-haszon mérlegelésekor elengedhetetlen, hogy pontosan ismerjük az adott endoszkópos beavatkozás kockázatait, valamint a beteg klinikai jellemzőiből, a vizsgáló gyakorlottságából és a beavatkozás sajátásaiból fakadó rizikótényezőket, és a szövődmények csökkentésének lehetőségeit. A már kialakult szövődmény esetén pedig fontos az ellátási lehetőségek ismerete, és a társszakmákkal, elsősorban a sebészekkel való együttműködés, hogy betegeink számára a legjobb megoldást nyújthassuk.

Reméljük, hogy városunk mindehhez megfelelő keretül szolgál, ahol a jól ismert mediterrán jellegű klíma talán még az érkező őszön is enyhíteni tud. A 2010-es „Európa Kulturális Fővárosa” cím elnyerése olyan látnivalókkal gazdagította Pécsen, amelyek még a várost korábban ismerőket is csodálkozásra készíthetik.

Kívánjuk, hogy töltsék nagyon kellemesen az időt a város sajátos hangulatokban gazdag légkörében!

Sok szeretettel várjuk endoszkópos kollégáinkat, barátainkat Pécsen!

Dr. Gyökeres Tibor
az Endoszkópos Szekció elnöke

Dr. Vincze Áron
főszervező

Dr. Pakodi Ferenc
szervező

PROGRAM

2014. október 3. (péntek)

08.00 – 18.00

Regisztráció

9.30 – 9.40

Megnyitó

Vincze Áron – a szervezőbizottság elnöke

Tóth Kálmán – PTE I. sz. Belgyógyászati Klinika igazgatója, PTE
Tudományos és Innovációs Rektorhelyettese

Altörjay István – A Magyar Gasztroenterológiai Társaság elnöke

Gyökerez Tibor – MGT Endoszkópos Szekció elnöke

9.40 – 10.50

Főtéma – I. szekció

Üléselnök: Gyökerez Tibor, Varga Márta, Vincze Áron

9.40 – 9.50

Endoszkópos szövődmények meghatározása, osztályozása és jelentése

Orosz Péter

9.50 – 10.00

Hazai adataink az endoszkópos szövődményekről

Nagy György

10.00 – 10.12

Szedáció szövődményei, kardiopulmonális szövődmények tápcsatornai endoszkópia során

Bajor Judit

10.12 – 10.24

Endoszkópos beavatkozások infekciós szövődményei és megelőzésük

Hunyady Béla

10.24 – 10.36

Endoszkópos vérzéscsillapító módszerek szövődményei

Altörjay István

10.36 – 10.50

Diskusszió

10.50 – 11.50

Főtéma – II. szekció

**Üléselnök: Altörjay István, Schäfer Eszter,
Szepes Zoltán**

10.50 – 11.02

A polypectomiát követő szövődmények, megelőzési és kezelési lehetőségek

Gurzó Zoltán

11.02 – 11.14

Mucosectomia és submucosus dissectio szövődményei és ellátásuk

Madácsy László

11.14– 11.26	Percutan endoscopos gastrostomiával kapcsolatos szövődmények, felismerésük és ellátásuk Taller András
11.26 – 11.38	Tápcsatornai szűkületek tágítása során jelentkező szövődmények és kezelésük Solt Jenő
11.38 – 11.50	Diszkusszió
11.50 – 12.15	Szünet
12.15 – 13.15	Szabadon bejelentett előadások – I. Üléselnök: Gurzó Zoltán, Hunyady Béla, Orosz Péter
12.15 – 12.25	Az emberi tényezők szerepe az endoszkópos komplikációk megelőzésében Lippai Gizella, Dékány Katalin, Micskó Éva, Lukácsné Bezsenyi Anna (MH Egészségügyi Központ Endoszkópos Szakrendelés)
12.25 – 12.35	A D-vitamin kezelés endoscopos szövődményei Golovics Petra Anna, Lovász Barbara Dorottya, Gecse Krisztina Barbara, Lakatos Péter (Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika)
12.35 – 12.45	A gyomor lokalizációjú GEP-NET ideális eltávolítási módszere esetünk kapcsán Ivány E., Terzin V., Illés D., Zsóri G., Valkusz Zs., Czakó L. (Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika)
12.45 – 12.55	Enni vagy lélegezni? Tracheo-oesophagealis fistula zárására tett próbálkozásaink Velkei Tamás ¹ , Hausinger Péter ¹ , Dubravcsik Zsolt ¹ , Gyimesi György ¹ , Janota Melinda ¹ , Bozóky István ² , Szepes Attila ¹ (Bács-Kiskun Megyei Kórház Gasztroenterológia Osztály ¹ és OMCH Magyarország Eü. Szolg. Kft. Endoscopos Laboratórium ¹ , Kecskemét, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Pulmonológiai Osztály ²)
12.55 – 13.05	Postpulmonectomiás empyema okozta oesophago-pleuralis fistula stent kezelése Solt J. ¹ , Sztankovics P. ² , Döbrönte Z. ³ , Szenes M. ⁴ , Vincze Á. ¹ (Pécsi Tudományegyetem, I. Belgyógyászati Klinika ¹ , Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Mellkassebészeti ² , Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály ³ , Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály ⁴)
13.05 – 13.15	PEG ritka szövődményei Chamdin Safwan, Pálfi Eszter, Takács Rita, Hamvas József (Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Gasztroenterológia)
13.15 – 14.15	Ebédsszünet

14.15 – 15.05

MSD szimpózium

Üléselnök: Nagy Ferenc, Rácz István

A transzgenikus technológia jelentősége a colitis ulcerosa biológiai terápiájában
Molnár Tamás

A golimumab-kezelés gyorsan kialakuló hatása TNF-alfa naive betegeknél colitis ulcerosában
Lakner Lilla

Testsúly alapú kezelés colitis ulcerosában
Palatka Károly

Folyamatosan fenntartott klinikai válasz – a PURSUIT vizsgálat szigorú felépítése
Gecse Krisztina

15.05 – 15.35

Friedrich emlékelőadás

Kedvenc sportágam az endoszkópia

Rácz István

Üléselnök: Gyökeres Tibor, Szepes Attila, Vincze Áron

15.35 – 16.40

Az Endoszkópos Szekció Közgyűlése

15.35 – 15.45

A Magyar On-line Endoszkópos Atlasz bemutatása
Demeter Pál

15.45 – 16.00

Beszámolók, hozzászólások, javaslatok

16.00 – 16.40

Vezetőség választás

Levezeti: Gyökeres Tibor, Ieköszönő elnök

17.00 – 18.05

Főtéma – III. szekció

Üléselnök: Gasztonyi Beáta, Hamvas József, Hersényi László

17.00– 17.12

Nyelőcső, gyomor és duodenum stenteléssel kapcsolatos szövődmények
Szepes Zoltán

17.12 – 17.24

Idegentest eltávolítással kapcsolatos szövődmények
Bene László

17.24 – 17.34

Endoszkópos ultrahang vizsgálatok szövődményei
Szepes Attila

17.34 – 17.44

Enteroszkópia szövődményei
Gecse Krisztina

17.44– 17.56

Endoszkópos szövődmények az igazságügyi orvosszakértő szemszögéből
Harsányi László

17.56 – 18.05

Diskusszió

18.05 – 19.15

Szabadon bejelentett előadások – II.
Üléselnök: Demeter Pál, Lakner Lilla, Pák Péter

- 18.05 – 18.15 Melyik a legjobb módszer az endoszkópos aktivitás megbecslésére colitis ulcerosában?
Rutka Mariann, Farkas Klaudia, Molnár Tamás
(Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika)
- 18.15 – 18.25 Az endoszkópiához is két fej kell, avagy mikor higgyünk a szemünknek
Lovász Barbara Dorottya, Golovics Petra Anna, Kiss Lajos Sándor, Gecse Krisztina Barbara, Lakatos Péter László
(Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika)
- 18.25 – 18.35 Endoszkóposan és radiológiaiilag kontrollált mágneses kapszula vizsgálatok a vastagbélben – kezdeti eredményeink három beteg vizsgálata kapcsán
Madácsy László¹, Pák Péter², Balogh Gábor³ és Cserey György⁴
(¹Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika Budapest és Endo-Kapszula Magánorvosi Centrum, Székesfehérvár; ²Vaszar Kolos Kórház, Belgyógyászati Osztály, Esztergom; ³Kaposi Mór Oktató Kórház, Sebészeti Osztály, Kaposvár; ⁴Pázmány Péter Egyetem, Bionikai Karának Robotikai Tanszéke, Budapest)
- 18.35 – 18.45 Itt a polyp, hol a lyuk? – Post-polypectomiás perforáció
Bor Renáta¹, Bálint Anita¹, Paszt Attila², Tiszlavicz László³, Szepes Zoltán¹
(¹Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged; ²Szegedi Tudományegyetem, Sebészeti Klinika, Szeged; ³Szegedi Tudományegyetem, Patológiai Intézet, Szeged)
- 18.45 – 18.55 Akut pancreatitist követő felülfertőződött pancreas pseudocysta EUH vezérelt szájzattatás esetei
Lázár Balázs, Takács Rita, Hamvas József
(Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest)
- 18.55 – 19.05 Fully covered self-expanding metal stent placement in benign common bile duct stenosis
Bodnár, Z., Plósz, J., Gerdán, J.
(Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Belgyógyászati Osztály, Debrecen)
- 19.05 – 19.15 Bouveret- syndroma: epekő okozta duodenalis obstrukció diagnózisa és ellátása
Bálint Anita¹, Leindler László², Bor Renáta¹, Farkas Klaudia¹, Molnár Tamás¹, Nagy Ferenc¹, Szepes Zoltán¹
(¹Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged; ²Szegedi Tudományegyetem, Sebészeti Klinika, Szeged)

20.45 –

Vacsora

2014. október 4. (szombat)

8.00 – 18.00 Regisztráció

8.00 – 8.45

Asszisztensi Fórum

Üléselnök: Benkő Éva, Molnár Tíborné, Pakodi Ferenc

8.00 – 8.12

Endoszkópos asszisztens szerepe a komplikációk megelőzésében, kezelésében

Paulovicsné Kiss Melinda

(Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika)

8.12 – 8.24

Endoszkópos polypektómia: szövődmények, megelőzésük, endoszkópos szakasszisztensi szempontok

Kokas Mariann

(Karolina Kórház Mosonmagyaróvár Belgyógyászat-Gasztroenterológia Osztály)

8.24 – 8.36

Utánunk már nem jön senki....

Gárdonyi Mihály

(Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Gasztroenterológiai osztály – Endoszkópia)

8.36 – 8.45

Diskusszió

8.45 – 09.55

Szabadon bejelentett előadások – III.

Üléselnök: Czakó László, Dubravcsik Zsolt, Garamszegi Mária

8.45 – 8.55

Obstrukciós icterus ritka oka: epeúti polypus

Tam Beatrix¹, Kovalcsik Zsolt¹, Sánta Judit¹, Felföldi Ferenc¹, Cifra János², Vajda Kornél³

(Tolna Megyei Balassa János Kórház Gasztroenterológia¹, Pathológia², Általános Sebészet³, Szekszárd)

8.55 – 9.05

Kettős epeút cholelithiasissal, choledocholithiasissal, icterussal Horvát Gyula, Makai Gábor

(Bugát Pál Kórház, Gasztroenterológiai Profil, Gyöngyös)

9.05 – 9.15

ERCP ritka szövődménye: Distalis epeúti perforáció

Gyimesi György, Dubravcsik Zsolt, Erdélyi Bernadett, Hausinger Péter, Hritz István, Madácsy László, Velkei Tamás, Szepes Attila

(Bács-Kiskun Megyei Kórház, Gasztroenterológiai Osztály és OMCH Magyarország Kft. Endoszkópos Laboratóriuma, Kecskemét)

9.15 – 9.25

ERCP kapcsán kialakult perforációs szövődményeink retrospektív elemzése

Gódi Sz, Pakodi F, Solt J, Szabó I, Vincze Á

(Pécsi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika)

- 9.25 – 9.35 Tapasztalataink epeúti endoscopos vizsgálataink és azok szövődményei kapcsán (megelőzés, endoscopos ellátás)
Dandé Gábor, Rácz Ferenc, Ágoston Sándor, Vén László, Szegedi László
(Jósa András Oktatókórház I. Belgyógyászat – Gasztroenterológia, Nyíregyháza)
- 9.35 – 9.45 Szövődmények profilaktikus pancreasstent alkalmazása során
Vincze Á, Gódi Sz, Solt J, Szabó I, Pakodi F
(Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika)
- 9.45 – 9.55 Növeli-e a sphincterotomia utáni vérzés gyakoriságát és a cardiovascularis halálozást a post-ERCP-s pancreatitis (PEP) megelőzésére adott indomethacin?
Patai Árpád¹, Solymosi Norbert², Patai V. Árpád³
(¹Markusovszky Egyetemi Oktató Kórház, Gasztroenterológiai és Belgyógyászati Osztály, Szombathely, ²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Fizikai Intézet, Budapest, ³Semmelweis Egyetem, II. Belklinika, Budapest)
- 9.55 – 10.15 Szünet**
- 10.15 – 11.35 Videó esetbemutatók I.**
Üléselnök: Hritz István, Madácsy László, Szegedi László
- 10.15 – 10.25 Endoszkópos papillektómia
Gódi Sz, Somogyiné Kolozsvári M, Vincze Á
(Pécsi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika)
- 10.25 – 10.35 Fogjuk rövide! Rövid vezetődrótos technikák ERCP során
Gyökerez T., Nagy A.
(Honvéd Kórház II. telephely Gasztroenterológia, Budapest)
- 10.35 – 10.45 Cholangioscopia ultravékony gastroscoppal
Vincze Á, Paulovicsné Kiss M, Gódi Sz
(Pécsi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika)
- 10.45 – 10.55 A terápiarefrakter post-papillotomiás vérzés endoszkópos kezelésének bemutatása gyakorlatunkban
Hritz István, Dubravcsik Zsolt, Gyimesi György, Szepes Attila, Madácsy László
(Bács-Kiskun Megyei Oktató Kórház, OMCH Endoszkópos Laboratórium, Kecskemét)
- 10.55 – 11.05 Endoszkóppal gyomorból a vastagbélbe
Gasztonyi Beáta¹, Tóth Ildikó¹, Szenes Mária¹, Völgyi Zoltán¹, Fischer Tünde¹, Herr Gyula¹, Horváth Katalin², Tóth Zoltán³, Görög Dénes⁴
(¹Belgyógyászati, ²Radiológiai, ³Patológiai osztály, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg, ⁴Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest)
- 11.05 – 11.15 Polypectomiát követő gyomorperforatio ellátása ovesco clippel
Kacska Sándor
(DEKK, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék)

- 11.15 – 11.25 Vértécsillapítás a gasztrointesztinális traktusban
Szalai Milán, Szabó Andrea, Csöndes Mihály, Kárász Tibor, Dancs Nóra,
Kovács Valéria, Kiss Gyöngyi, Lakó Klára, Vincze Lászlóné, Bábits Ildikó,
Andorka Mihályné, Regőczy Henriett, Rác István
(Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Győr, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia Osztály)
- 11.25 – 11.35 Enteroscopia Pentax G-Eye – NaviAid rendszerrel
Sarlós P, Paulovicsné Kiss M, Bozsánovicsné Jánosi H, Vincze Á
(Pécsi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika)
- 11.35 – 11.50 Szünet**
- 11.50 – 13.00 Videó esetbemutatók II.
Üléselnök: Czimmer József, Rác István, Topa Lajos**
- 11.50 – 12.00 A perorális endoszkópos myotomia (POEM) tárgyi feltételei és
gyakorlati kivitelezése élő malac modellben
Madácsy László és Szepes Attila
(Bács-Kiskun Megyei Oktató Kórház, OMCH Endoszkópos Laboratórium,
Kecskemét)
- 12.00 – 12.10 Pancreas tumor diagnosztikai útvesszője – az endoszkópos
ultrahang jelentősége
Szepes A., Gyimesi Gy., Hritz I., Madácsy L., Velkei T., Dubravcsik Zs.
(Bács-Kiskun Megyei Oktató Kórház Gasztroenterológiai Osztály és OMCH Magyarország
Kft. Endoszkópos Laboratóriuma, Kecskemét)
- 12.10 – 12.20 NBI vagy indigó kármin festés? Mindkettő!
Lőrincz Magdolna, Szalóki Tibor
(Jávorszky Ödön Kórház, Vác, Gasztroenterológiai Osztály)
- 12.20 – 12.30 Melanoma malignum a vastagbélben
Patai Árpád V.¹, Miheller Pál¹, Csóka Cecília¹, Micsik Tamás², Müllner
Katalin¹, Tulassay Zsolt¹, Hersényi László¹
(¹Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest; ²Semmelweis
Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest)
- 12.30 – 12.40 Vanek tumor endoscopos eltávolítása a terminális ileumból
Gelley András¹, Gyökeres Tibor²
(Betegellátó Irgalmas Rend Budai Irgalmasrendi Kórház Gasztroenterológia¹
Honvéd Kórház II. telephely Gasztroenterológia, Budapest²)
- 12.40 – 12.50 Nagy kiterjedésű rectosigmoidealis polyp eltávolítása két
lépésben
Vincze Á, Szabó I, Paulovicsné Kiss Melinda
(Pécsi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika)
- 12.50 – 13.00 Endoszkópos mukozektómia során jelentkező vérzés ellátása
Gódi Sz, Bozsánovicsné Jánosi H, Vincze Á
(Pécsi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika)

13.00 – 13.50 Ebédszünet

13.50 – 14.55 Főtéma – IV. szekció

Üléselnök: Gódi Szilárd, Novák János, Pécsi Gyula

- 13.50 – 14.00 A post-ERCP pancreatitis okai, rizikófaktorai
Topa Lajos
- 14.00 – 14.10 A post-ERCP pancreatitis gyógyszeres megelőzési lehetőségei
Czakó László
- 14.10– 14.20 Endoszkópos technikák a post-ERCP pancreatitis megelőzésére
Dubravcsik Zsolt
- 14.20 – 14.30 ERCP kapcsán kialakuló vérzések és perforációk kockázati tényezői és ellátásuk
Vincze Áron
- 14.30– 14.42 Epeúti és pancreas stenttel kapcsolatos szövődmények
Gyökerez Tibor

14.42 – 14.55 Diskusszió

14.55 – 15.50 Főtéma – V. szekció

Üléselnök: Bajor Judit, Bene László, Szepes Attila

- 14.55 – 15.15 A sebész lehetőségei az endoszkópos szövődmények ellátásában
Vereczkei András
- 15.15 – 15.27 Biliodigestiv anastomosisokat követő komplikációk endoscopos kezelési lehetőségei
Pap Ákos
- 15.27 – 15.39 Mit tehet az endoszkópos laparoscopos cholecystectomy komplikációi esetén
Pakodi Ferenc

15.39 – 15.50 Diskusszió

15.50 – 16.10 Tesztírás

16.10– 16.15 Zárszó

Bouveret-szindróma: epekő okozta duodenális obstrukció diagnózisa és ellátása

Bálint Anita¹, Leindler László², Bor Renáta¹, Farkas Klaudia¹, Molnár Tamás¹,
Nagy Ferenc¹, Szepes Zoltán¹

¹Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem, Sebészeti Klinika, Szeged

Bevezetés: Az epekőbetegség egy ritka szövődménye a Bouveret-szindróma, ahol cholecysto-duodenalis fistulán keresztül az epekő a duodenumba jut, ott impaktálódhat és esetenként ileust hoz létre. Felismerésében az endoszkópiának valamint a kontrasztanyagos röntgenvizsgálatnak és a CT vizsgálatnak van elsősorban szerepe. Az endoszkópia előnye, hogy egy ülésben lehetőség nyílik a kő eltávolítására is. A beavatkozás buktatója a sikertelen epekő extractióból fakadó szövődmények: vérzés, perforáció, kőelakadás, PEA. Irodalmi adatok alapján az esetek kb. 90%-ában a műtét – impaktálódott kő eltávolítása, fistula zárása, cholecystectomy – elkerülhetetlen.

Esetismertetés: Esetünkben 86 éves férfibetegnél láz és haematemesis megjelenését követően az urgens CT vizsgálat choledocholithiasist, cholecysto-duodenalis fistulát és duodenumba impaktálódott 2,5 cm-nek véleményezett epekövet valószínűsített. Endoszkópia során a duodenum descendensben egy kemény, lument kitöltő epekövet láttunk, melyet Dormia kosár segítségével próbáltunk eltávolítani, azonban a kő a pylorusnál elakadt. Az impaktálódott kő miatt choledocholithiasis endoszkópos megoldására sem volt lehetőség. A fenyegető epekőileus veszélye miatt sebészeti intervenció történt.

Diszkusszió: Annak ellenére, hogy a Bouveret-szindróma kapcsán végzett endoszkópia sikerátája 10% körüli, a szakirodalom elsőként végzett terápiás lehetőségként említi. Elsősorban a kő nagysága határozza meg az endoszkópia eredményességét. A szövődmények kialakulásának esélyét növeli, ha kombinált technikát alkalmazunk (ESWL, IEHL, ILL). Esetünkben a CT általi kőméretezés és a valós nagyság közti diszcrepancia miatt a kő eltávolításával próbálkoztunk, sikertelenül, ráadásul ezt követően már az epeúti intervenció sem volt kivitelezhető.

Fully covered self-expanding metal stent placement in benign common bile duct stenosis

Bodnár, Z., Plósz, J., Gerdán, J.

Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Belgyógyászati Osztály, Debrecen

Fully covered self-expanding metal stents (SEMS) are increasingly used in benign bile duct stenosis with convincing results. Authors present a case-report of a 21 year-old female patient suffering from distal common bile duct (CBD) stenosis. No signs of any autoimmune or malignant background of her CBD stricture were found. There was only moderate improvement of CBD diameter even after repeated changes of multiple plastic stents. In order to avoid sudden dilation and potential rupture of the chronically stenotic bile duct a fully covered SEMS placement was chosen. WallFlex (Boston Scientific) fully covered SEMS (10 mm diameter and 40 mm length) was inserted into the distally narrowed CBD uneventfully. Proper increase of bile duct diameter was achieved and our patient was doing well. Gradual dilating effect of fully covered SEMS as well as less frequent biliary endoscopies may offer a competitive alternative to balloon dilation and plastic stent placement in benign CBD stenosis.

Itt a polyp, hol a lyuk?

Post-polypectomiás perforáció

Bor Renáta¹, Bálint Anita¹, Paszt Attila², Tiszlavicz László³, Szepes Zoltán¹

¹Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem, Sebészeti Klinika, Szeged

³Szegedi Tudományegyetem, Patológiai Intézet, Szeged

A perforáció a colonoscopia ritka, de igen súlyos szövődménye, melynek incidenciája 0,05–0,39%-ra tehető. A korai felismerése jelentősen csökkenti a mortalitást és a műtéti szövődmények megjelenésének kockázatát: 24 órán belüli diagnózis esetében a biztonságos műtéti beavatkozás aránya eléri a 67%-ot. A korai felismerést nehezíti, hogy a beavatkozás során csak minden második esetben észlelhető a szövődményre utaló típusos tünet vagy morfológiai eltérés, és hogy az esetek 15%-ban közvetlenül a beavatkozás után készült radiológiai vizsgálatok nem tudják kimutatni a szabad hasi levegő jelenlétét.

Előadásunkban két video-dokumentált polypectomiát követően kialakult perforációt mutatunk be. Az esetekben közös, hogy a szövődmény mindkét alkalommal nagyméretű, malignizálódott polyp endoszkópos megoldása kapcsán jelentkezett, de időbeliségüket tekintve eltérnek egymástól. 75 éves férfibetegünknel a szigmában elhelyezkedő nyeles, a lumen kétharmadát kitöltő polyp részleges eltávolítását követően azonnal észleltük a perforációs nyílás megjelenését. Míg a 67 éves nőbetegünknel a coecumban elhelyezkedő lapos polyp „piece meal” technikával történt eltávolítását, és alapjának argon plazmás koagulációját követően közel 12 órával jelentek meg a perforációra utaló tünetek, illetve a szabad hasi levegő. Mindkét betegünknel a gyors diagnózis is szerepet játszott abban, hogy a műtéti beavatkozás szövődménymenyesen zajlott.

A colonoscopos gyakorlat során számolni kell a perforáció kialakulásának lehetőségével. A korai diagnosztikus és terápiás lépések elmaradása vagy késlekedése jelentősen befolyásolják a beteg életkilátásait illetve a műtetet követő gyógyulási időt.

PEG ritka szövődményei

Dr. Chamdin Safwan, Dr. Pálfi Eszter, Dr. Takács Rita, Dr. Hamvas József

Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Gasztroenterológia

Bevezetés: Osztályunkon 2010. január és 2014. augusztus között 113 esetben történt PEG-behelyezés neurológiai betegség, fej-nyak tumor, nyelőcső-cardia tumor, nyelőcsőfekély, Zenker-diverticulum, achalasia, nyelőcső szűkületet okozó mediastinalis tumor miatt. A szakirodalomban számos PEG szövődményt írnak le: cellulitis, vérzés, gyomorfekély, bélperforáció (colon transversum), peritonitis, gastrocolicus fistula, máj bal lebenyének sérülése, gastric separation és burried bumper syndrome.

Eseteink 1.: A 70 éves immobilis nőbetegnél dementia, és sobcorticalis atrophia következtében kialakult nyelészavar miatt végeztünk PEG-behelyezést. Korábban elvégzett hasi ultrahang vizsgálat során felmerült hólyag tumor gyanúja, azonban a beteg általános állapotára és terápiás konzekvencia hiányára tekintettel ez irányban további kivizsgálás nem történt. PEG-behelyezését követően táplálását felépítettük, majd az őt ellátó szociális otthonba bocsátottuk. Emittálását követő 4. napon PEG-en keresztüli táplálhatatlanság miatt utalták vissza osztályunkra. Röntgen átvilágítás során észleltük, hogy a kontrasztanyag közvetlenül a colonba jut, a gyomor struktúra nem ismerhető fel. Panendoscopia vizsgálatot végeztünk, mely során a corpus oralis harmadában lévő perforációs nyíláson keresztül átjutottunk a colon transversumba, ahol a PEG belső rögzítő talpa volt látható. A beteget Sebészeti osztályra helyeztük, ahol urgens műtétet végeztek, a behelyezett PEG-et eltávolították, a gyomor falát suturázták, valamint a colon perforációs nyílását zárták, tápláló jejunostomát helyeztek be.

2. eset: 56 éves súlyos autismus miatt ápolási otthonban élő, progrediáló fizikai állapotú, extrém deformitással járó végtagi atroszis és jobb lateral kifoscoliosban szenvedő betegünk részére táplálási képtelenség miatt kérték a PEG beültetést. A testhelyzeti deformitás fennállása miatt a beavatkozást a lehetőségek határát kihasználva végeztük el, intragastrikusan gastroscop és külső illumináció kontroll, ill. digitális impresszio alapján localizálva az optimális pozíciót. A punctios út interlaminalis szervi benyomattól mentes volt, az elvégzett functionlis kontroll a PEG jó lefutását és vezetését igazolta. A megkezdett eseménytelenül zajló táplálás második napján betegünk alamírozó tünetek nélkül elhunyt. Sectio során a mászél úbal lebeny reakciomentes sérülését körülírt területű elhalását találtuk, amelyet a feltehetően az extrém deformitás miatt a PEG copmresszioja okozhatott, a közvetlen halálok kiterjedt süllyedéses penumonia, és diffúz atherosclerosis volt.

Megbeszélés: Hosszú ideje fennálló immobilis állapot, testüregeket érintő deformitás, valamint kontraktúras állapot esetén számolni kell az anatómiai viszonyok változásával a szövődmények elkerülése érdekében.

Tapasztalataink epeúti endoscopos vizsgálataink és azok szövődményei kapcsán (megelőzés, endoscopos ellátás)

Dr. Dandé Gábor, Dr. Rácz Ferenc, Dr. Ágoston Sándor,
Dr. Vén László, Dr. Szegedi László

Jósa András Oktatókórház I. Belgyógyászat – Gasztroenterológia, Nyíregyháza

Bevezetés: A Jósa András Oktatókórház Endoscopos Laboratóriumában végzett ERCP vizsgálatok anyagát dolgozzuk fel, elemezzük különös tekintettel a lehetséges szövődmények megelőzésére és ellátására.

Betegek, módszerek: Az ERCP-s vizsgálataink döntő, egyre növekvő hányada terápiás jellegű. A terápiás beavatkozások számának növekedésével természetesen a szövődmények is gyakoribbakká váltak. A post ERCP-s pancreatitis, post EST-s vérzés, kő impactatio, perforatio a szövődmények közül a leggyakoribbak és a legjelentősebbek. Ezek megelőzésére sok mindenben változtattunk korábbi ERCP-s gyakorlatunkon, melyet az egyre bővülő eszközpark és korszerű kiegészítők nyújtotta lehetőségek is elősegítettek.

Megbeszélés: Prezentációnkban konkrét adatokkal szolgálunk a vizsgálatok számát és a szövődményeket illetően, ill. bemutatjuk azokat a módszereket, melyeket sikeresen alkalmaztunk a szövődmények prevenciójában és ellátásban.

ERCP kapcsán kialakult perforációs szövődményeink retrospektív elemzése

Gódi Sz, Pakodi F, Solt J, Szabó I, Vincze Á

Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika

Az ERCP-vizsgálat a legnehezebb és a legmagasabb szövődményrátaú endoszkópos beavatkozások egyike, ezért szinte kizárólagosan terápiás célzattal végezzük. A beavatkozás egyik lehetséges szövődménye a perforáció, gyakoriságát különböző szerzők 0,6 és 1% közé teszik. A perforációkat intraductalis, periampulláris és belfali formákra lehet elkülöníteni.

Laboratóriumunkban 2012. január és 2014. augusztus között végzett 1816 beavatkozásból 19 esetben (1%) észleltünk perforációt ERCP kapcsán. A beavatkozások indikációja 16 esetben elzáródásos sárgaság illetve kolesztázis, két esetben akut biliáris pankreatitisz, egy esetben epeútkő volt. Malignus betegség 11 esetben igazolódott. 12 esetben végeztünk tűkéses előmetszést, 4 esetben hagyományos papillotomiát, 3 esetben stentcsere kapcsán észleltünk perforációs szövődményt. Az esetek több mint felében (10 beteg) kontrasztanyag-kilépést észleltünk a vizsgálat alatt, intravagy retroperitoneális levegő megjelenése nélkül. Retroperitoneális levegőt 6 esetben, intraperitoneális levegőt 2 esetben, intra- és retroperitoneális levegőgyülemet egy esetben, egy betegnél pedig retroperitoneális levegőgyülem mellett hydropneumothoraxot észleltünk. A szövődmény észlelése 14 esetben már a beavatkozás alatt, 1 esetben 1 napon belül, 4 esetben csak 1 napon túl történt.

Konzervatív kezelést alkalmaztunk 17 esetben, kontrasztanyag-kilépést követően, valamint retroperitoneális levegő megjelenése esetén. Két betegnél történt műtét intraperitoneális levegő megjelenése miatt, az egyik esetben perforációs nyílást nem lehetett azonosítani. Egy előrehaladott Klatskin-tumoros beteg a retroperitoneális kontrasztanyag-extravazáció után 2 nappal exitált, a többi beteg meggyógyult.

Az ERCP során bekövetkező perforációk kezelésében a korai felismerés döntő fontosságú. Amennyiben a szövődményt korán észleljük, szoros megfigyelés, terhelmentesítés és antibiotikus kezelés mellett a perforációk döntő többsége konzervatív kezelésre megoldódik.

A D-vitamin kezelés endoscopos szövődményei

Dr. Golovics Petra Anna, Dr. Lovász Barbara Dorottya, Dr. Gecse Krisztina Barbara,
Dr. Lakatos Péter

Semmelweis Egyetem I. Belgyógyászati Klinika

A D-vitamin kezelés fontossága napjainkban forrongó téma. A D-vitamint ajánlják csontanyagcsere betegségekből, rák prevencióra, diabetesben, májbetegségben, csak 2014-ben 3107 publikáció jelent meg D-vitamin témakörben. Ám a D-vitamin kezelés mellékhatásairól és szövődményeiről szinte nincs adat.

Egy esetünk kapcsán szeretném felhívni a figyelmet a D-vitamin kezelés veszélyeire. Egy 78 éves nőbetegnél vasárnap óta tartó nyelészavar, epigastriális szűró panaszok és hányás miatt SBO-ra érzékel családjával. Nyelés röntgen felvételen a nyelőcső alsó harmadában egy fixált 14x8mm-es idegen testet azonosítanak. Eszközhiány miatt továbbirányították Klinikánkra a beteget.

Először idegentest fogóval, majd Dormia kosárral próbáltuk meg a 2000NE D-vitamint eltávolítani, de mivel a műanyagtokban benne volt sértetlenül a tablettát folyton kicsúszott. Ezt követően az ERCP-hez használandó kőtörővel tudtuk megfogni és eléggé összepréselni, hogy további nyálkahártya sérülés nélkül kivesszük. Antibiotikum és PPI védelemben részesítettük, a másnap végzett kontroll laborban vérképét tartotta, panaszmentes volt.

Az idegen testet egy védő cap-be behúzással is el lehet távolítani, hogy a nyálkahártya sérült elkerülhessünk, de ez klinikánkon nem állt rendelkezésre. A beteget az egészségét jobban károsító szövődmények miatt továbbküldeni veszélyes lett volna.

Az eset kapcsán szeretnék felhívni a figyelmet, hogy mennyire fontos a betegek megfelelő tájékoztatása a gyógyszer szedésének módjáról, a klinikák és kórházak megfelelő felszereltsége, valamint arra, hogy kivételes esetekben az előny-kockázatot mérlegelve egy-egy ilyen beavatkozás ellátására minden endoscoposnak megfelelően felkészülnie kell lennie.

ERCP ritka szövődménye: distalis epeúti perforáció

Gyimesi György, Dubravcsik Zsolt, Erdélyi Bernadett, Hausinger Péter, Hritz István,
Madácsy László, Velkei Tamás, Szepes Attila

Bács-Kiskun Megyei Kórház, Gasztroenterológiai Osztály és OMCH Magyarország Kft.
Endoszkópos Laboratórium, Kecskemét

Az ERCP során kialakult perforáció ritka, de súlyos komplikáció, mortalitása 16–18%. Incidenciája a legújabb tanulmányok szerint 0,3–1,3 %, melyek döntő többsége bél- és sphincterotomia során kialakuló retroperitonealis perforáció. Endoscopos Laborunkban 2009 óta 2256 ERCP történt, ductalis perforáció azonban most fordult elő először.

A 62 éves férfibeteget szövődménymentes laparoscopos cholecystectomy után 2 hónappal, felhasi fájdalom és obstrukciós icterus miatt vettük fel osztályunkra. Az ERCP során 4 mm-es choledocholith igazolódott, a magas INR érték miatt EST nélkül műanyag stent implantációt végeztünk. A véralvadási paraméterek rendezését követően, második ülésben a stentet eltávolítottuk, EST és kőextractio történt Dormia kosárral. Szövődményt nem észleltünk, a beteget másnap panaszmentesen emittáltuk. Két nappal később lázas állapot és obstrukciós icterus miatt ismételt hospitalizáltuk. Az akut cholangitisre utaló klinikai kép miatt urgens ERCP-re került sor, melynek során a ductus hepaticus communis szintjében kontrasztkilépést tapasztaltunk a szabad hasüregbe, epeúti obstrukció nélkül. Újabb műanyag stentet implantáltunk, majd a beteget átmenetileg Sebészeti Szubintenzív Részlegre helyeztük. Carentia, nasogastricus szonda, vénás antibiotikum mellett gyulladásos paraméterei gyorsan regrediáltak, dezikterizálódott. Emissioja után 2 hónappal végzett újabb ERCP-n normál tágasságú choledochus ábrázolódott kontrasztkilépés nélkül, a stentet eltávolítottuk, epeúti követ nem találtunk. Ezt követően a beteg a kontrollok során mindvégig panaszmentes volt. A perforáció okaként a cholangitis mellett végzett Dormia-manóver valószínűsíthető.

Az irodalmi ajánlás szerint – mint esetünk is mutatja – az ERCP kapcsán kialakult periampullaris és ductalis perforációk 90 %-a sikeresen kezelhető sebészi beavatkozás nélkül, azonban a korai diagnózis és a kezelés meghatározó jelentőségű. A fenti nagyon ritka szövődmény esetén stent implantációval, nasogastricus szonda helyezésével és antibiotikum adásával a műtét elkerülhető.

A gyomor lokalizációjú GEP-NET ideális eltávolítási módszere esetünk kapcsán

Ivány E., Terzin V., Illés D, Zsóri G, Valkusz Zs, Czakó L.

Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika

Bevezetés: A gasztrointesztinum neuroendokrin daganatai (GEP-NET) az endoszkópia elérhetősége révén egyre gyakrabban kerülnek felismerésre. A 2 cm-nél kisebb, mucosára lokalizálódó GEP-NET kuratív kezelése az endoszkópos eltávolítás.

Esetünk: 55 éve nőbetegnél felhasi fájdalom miatt végzett gasztroszkópia során a corpus nagygyömbületi oldalán borsónyi polypus igazolódott, melyet polypectomia során eltávolítottunk. A szövettani vizsgálat jól differenciált (G1) neuroendokrin tumort (Ki-67 index: <4%) igazolt. Szérum chromogranin szint emelkedett volt. A 2 hónap múlva végzett kontroll gasztroszkópia során vett biopszia szövettani vizsgálata tumor residuumot igazolt. Hasi CT és az endoszkópos ultrahang távoli, illetve mucosán túli terjedést nem mutatott. Laboratóriumi vizsgálatok kizárták a multiplex endokrin neoplasia 1-es típusának lehetőségét. Endoszkópos submucosus disszekció szükségessége merült fel, de a beavatkozást korlátozott elérhetősége miatt azt nem tudtuk elvégezni. Gumigyűrűs mucosectomiát terveztünk, azonban a postpolypectomiás területet alóltással nem volt előemelhető. Metilénkék submucosus injekciójával megjelöltük az elváltozást és disztális gyomor reszekcióra került sor. A reszekátum szövettani vizsgálata daganatot nem igazolt.

Következtetések: GEP-NET esetén multidiszciplináris konzultáció szükséges. Öt mm-nél nagyobb gyomor polypokat a szövettani diagnózis biztos felállítása céljából el kell távolítani. Az endoszkópos reszekció módszerei fejlesztendőek Magyarországon.

Kettős epeút cholelithiasissal, choledocholithiasissal, icterussal

Horvát Gyula dr., Makai Gábor dr.

Bugát Pál Kórház, Gasztroenterológiai Profil, Gyöngyös

A kettős epeút (DCBD) egy ritka kongenitális fejlődési anomália. Az irodalmi adatokat áttekintve 100 alatt van a közölt esetek száma. Legnagyobb számban a Japán populációban fordul elő. Hajlamosít cholelithiasisra, choledocholithiasisra, cholangitisre, pancreatitise, valamint szignifikánsan több a felső gastrointestinalis tumor ebben a beteganyagban.

Egy 30 éves nőbeteg esetét mutatjuk be, aki görcsös hasi fájdalom kíséretében kialakuló mechanicusicterusa miatt került felvételre. A hasi uh. epehólyag kövességet, valamint kissé tágabb epeutat igazolt. Az ERCP során előbb a bal májlebeny, majd a jobb májlebeny epeútjai telődtek fel, két, papilla szintjéből eredő, teljesen különálló, sem extra-, sem intrahepaticusan nemkommunikáló epeút rendszerből. A jobb lebenyt ellátó extrahepaticus epeútból eredt a ductuscysticus szabályos magasságban, valamint az epehólyag köveket tartalmazott. A jobb lebeny epeútjában a papilla fölött volt látható egy apró kő, mely komprimálta a bal lebenyt ellátó epeút eredését is. EST után a choledochus követ eltávolítottuk. Az EST után már egyértelműen az epeutak két nyílását külön lehetett kanülálni. MRCP-vel is leképeztük a duplikációt.

A Japán irodalomban a Choi és mtsi. (2007) általi klasszifikáció szerint III.a, vagy V.a típusnak felel meg a látott kép. A betegnél LC-vel távolították el az epehólyagot szövődmény nélkül.

Előadásunkban bemutatjuk a különböző fejlődési rendellenességeket is az epeút rendszerben, melyek egy része emeli az epeúti endoscopos beavatkozások szövődményeinek kockázatát is.

Akut pancreatitist követő felülfertőződött pancreas pseudocysta EUH vezérelt szájaztatás esetei

Lázár Balázs, Takács Rita, Hamvas József

Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest

Bevezetés: Irodalmi adatok alapján a súlyos szövődményekkel járó akut pancreatitis az összes eset 20%-t képezi. A mortalitást jelentősen emeli, ha a képződött pseudocysta felülfertőződik, többszervi elégtelenséget, sepsist okoz. A leggyakoribb klinikai kérdés ilyenkor, meddig terjed a konzervatív terápia határa?

Esetismertetések: 2008-2014 16 cystaszájaztatást végeztünk, 4 felülfertőződött pseudocysta esetéből 2 idős, súlyos kísérő betegségben, illetve többszervi elégtelenségben szenvedő beteget elvesztettünk. Társbetegségek hiánya esetén, valamint fiatalabb életkorban a konzervatív kezelés pozitív végkifejletét tapasztaltuk. Mennyire hagyatkozhatunk a laboreredményekre, a klinikum fontosabb? Protokollterápia vagy egyénre szabott kezelés? EUH vezérelt cystadrenázs tapasztalatai. 2 elhunyt betegünk közül az egyik egy 65 éves progresszív szisztémás sclerosisban, SLE-ben szenvedő nőbeteg, akit mesenterialis vasculitis, nagy dózisú steroid kezelést követően kialakult, reaktív akut autoimmun pancreatitis talaján kialakult pseudocysta kialakulása, emelkedett gyulladásos paraméterek miatt kezeltünk. Másik páciensünk egy 71 éves krónikus aethylista, többször saját felelősségre kooperációt megtagadó, diétát nem tartó páciens volt. Távozás után subileus kíséretében került ismét kórházunkba, ahol pseudocysta szájaztatás történt emelkedett gyulladásos értékek miatt, de terápiát követően 2 nappal elhunyt. Mindkét páciensünk Clostridium társinfekcióban szenvedett. Sikeresen kezelt betegünk egyike, egy 68 éves nőbeteg, aki bilialis eredetű pancreatitist követő pseudocysta felülfertőződés miatt kezeltünk, súlyos krónikus társbetegségben nem szenvedett, endoscopos beavatkozásával parallel sebészeti beavatkozás történt hasi tályog feltárása céljából. Másik aktív kezelés alatt álló esetünk, egy 41 éves krónikus aethylista, erős dohányos férfi páciens. Jelen esetről látható a fiatal életkor előnye, társbetegség fennállása esetén is, melyet a klinikum lefolyásán keresztül mutatunk be.

Konklúzió: Kísérő betegségek hiánya, fiatal életkor, időben megkezdett széles spektrumú antibiotikum kezelés, a többszervi elégtelenség minél előbbi felismerése, illetve a megfelelő cystadrenázzsal végzett konzervatív terápia rövidebb gyógyulást, a mortalitás csökkentését biztosíthatja, mint a sebészeti kezelés. Azonban a sikertelenségét időben fel kell ismernünk.

Az emberi tényezők szerepe az endoszkópos komplikációk megelőzésében

dr. Lippai Gizella, dr. Dékány Katalin, Micskó Éva, Lukácsné Bezsenyi Anna

MH Egészségügyi Központ Endoszkópos Szakrendelés

Úgy gondolom legalább olyan fontos beszélnünk az emberi tényezők szerepéről az endoszkópos vizsgálatok kapcsán, mint arról, hogy milyen fajta komplikációk léteznek a különböző beavatkozások alkalmával és az egyes konkrét komplikációkat hogyan háríthatjuk el.

Ezeket végigtekintve, minden egyes vizsgálat előtt végiggondolva, sokkal kevesebb komplikáció fog előfordulni mindannyiunk vizsgálóegységében.

Vettem a bátorságot onnan, hogy egy évvel ezelőtt volt alkalmunk részt venni a két évente megrendezett Hannoveri kongresszuson, mely szintén az Endoszkópos Szekció jelenlegi témájáról szólt.

Mindannyiunk számára az egyik legtanulságosabb előadás ebben a témában hangzott el.

Az endoszkópiához is két fej kell, avagy mikor higgyünk a szemünknek

Lovász Barbara Dorottya, Golovics Petra Anna, Kiss Lajos Sándor,
Gecse Krisztina Barbara, Lakatos Péter László

SE I.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

56 éves férfibeteg kivizsgálása hasmenés, görcsös hasi fájdalom, fogyás miatt kezdődött.

Egy hónappal a panaszok kezdetét követően colonosopia történt külső intézményben, mely aspecifikus colitist igazolt. Széklet szerológiai vizsgálata Clostridium difficile pozitivitást igazolt. Adekvát antibiotikus és gyulladáscsökkentő kezelés ellenére is fennálló panaszok, étkezéseket követő egy órán belül kifejezett görcsös hasi fájdalom, hasmenés, időszakos véres széklet miatt klinikánkon ismételt endoscopy történt. Colonosopia során 45 cm-nél éles határral nyálkahártya oedemája, makroszkóposan egyebekben közel normál nyálkahártya volt azonosítható, exulceratio nélkül. Szöveti mintavétel szövődményeként nagy mennyiségű mucosalis vérzés alakult ki, mely utóbb specifikus vérzéscsillapítás nélkül oldódott. Biopszia feldolgozása körjelző eltérést nem talált.

A hasi angio CT vizsgálat normális artériás keringési viszonyokat írt le. Differenciál diagnosztikai vizsgálatok elvégzése során, azonban a beteg állapota rohamosan romlott, majd masszív alsó gastrointestinalis vérzés miatt hospitalizációra, keringés megengedés miatt folyamatos szupportációra szorult. Az ekkor ismételt végzett hasi CT-n a korábbihoz hasonló viszonyokat lehetett látni, de toxikus megacolon alakult ki, illetve a vena mesenterica inferiort nem lehetett látótérbe hozni.

Radiológiai rekonvaleszcencia a korábbi angio-CT felvétel ismételt részletes áttekintése alapján a vena telődés kiesését már az előző vizsgálat során is feltételezte. Sürgős rectoscopy továbbra is oedemát látott, most már kezdődő necrotikus fekélyekkel, míg a rectum alsó 10–15 cm-es szakasza éles széllel elhatárolva épnek tűnt.

A klinikai és radiológiai kép így a vena mesenterica inferior thrombosis diagnózist állította fel. Ez magyarázta mind a beteg panaszait, mind a nyálkahártya oedemát és később az ehhez kapcsolódó MOF tünet együttest.

Ekkor vitális indikációval Hartmann- szerinti bal oldali hemicolectomia és transversostomia történt, amely a keringést megintató vérzést megállította és beteg állapotát stabilizálta. 4 hónappal később vastagbél rekonstrukciója transverso-rectostomia történt. Thrombosis etiológiáját keresve protrombin és Leiden heterozigóta mutációja igazolódott.

Összefoglalásképpen az esetbemutatás kapcsán szeretnénk a figyelmet felhívni arra, hogy az ischaemiás colitis endoszkópos vizsgálattal olykor pontosabban diagnosztizálható, mint CT angiográfiával, különösen ha vénás keringészavar okozta tünetekről van szó. Még fontosabb a szakorvosok közti akár ismételt kommunikáció.

Endoszkóposan és radiológiaiilag kontrollált mágneses kapszula vizsgálatok a vastagbélben – kezdeti eredményeink három beteg vizsgálatára kapcsán

Madácsy László¹, Pák Péter², Balogh Gábor³ és Cserey György⁴

¹Semmelweis Egyetem II.sz. Belgyógyászati Klinika Budapest és Endo-Kapszula Magánorvosi Centrum, Székesfehérvár, ²Vaszary Kolos Kórház, Belgyógyászati Osztály, Esztergom, ³Kaposi Mór Oktató Kórház, Sebészeti Osztály, Kaposvár, ⁴Pázmány Péter Egyetem, Bionikai Karának Robotikai Tanszéke, Budapest

Bevezetés: A kapszula endoszkópos technológia mára a rutin belgyógyászati és gasztroenterológiai diagnosztika szerves részévé vált, elsősorban olyan területeken, mint a vékonybél, amely a külvilágtól jelentős távolságra lévén hagyományos endoszkópos technikával nehezen hozzáférhető. Ahhoz azonban, hogy a kapszula endoszkóp átvegye a hagyományos endoszkóp helyét az általános gasztroenterológiai diagnosztikában az irányított képalkotás megoldása elengedhetetlen.

Módszer: Az első human kapszula mozgató kísérletekhez az Intramedic CE minősítéssel is rendelkező Mirocam Navi mágneses kapszula endoszkópos rendszerét alkalmaztuk, mely egy aszimmetrikus külső mágneses mozgató eszközökből és egy kettős belső korong mágnessel ellátott kapszula endoszkópból áll. Kísérleti elrendezésünk lényege, hogy a Miroview RTM számítógépes rendszer által küldött valós idejű kapszula endoszkópos kép mellett a mágneses kapszula mozgatósi rendszer vezérlése egy második radiológiai kontrollal, C-karos átvilágítóval történik, valamint az ilyen módon kívülről, célzottan mozgott kapszula mozgását endoszkóposan is megjelenítettük.

Eredmények: A mágneses kapszula endoszkópos vizsgálatot három olyan önkéntes betegen végeztük, akikben egyéb indikációval colonoscopos vizsgálatot terveztünk. A mágneses kapszula endoszkóp lenyelése előtti napon a szokásos kolonoszkópia előtti béltisztítási protokollt alkalmaztuk. A kapszula endoszkóp lenyelése a tervezett kolonoszkópia előtt 6 órával történt. A kapszula által a felső tápcsatormáról és a vékonybélről küldött képeket folyamatosan rögzítettük és valós idejű megtekintő programmal fél óránként ellenőriztük. Amikor a mágneses kapszula endoszkóp a coecumba ért Propofolos mély szedáció mellett elvégeztük a total kolonoszkópos vizsgálatot és felkerestük a coecumban pihenő mágneses kapszula endoszkópot. Ezt követően a mágneses kapszulát a külső mágneses mozgatóval minden esetben sikerült direkt vizuális és radiológiai kontrollal a jobb colonfélből a bal colonfélbe juttatni. A teljes mozgatósi időtartam átlagosan 10 perc volt, ebből a RTG használat 5 perc. A mágneses kapszula mindhárom betegből a vizsgálat vége után 2 órán belül a végbélben át kiürült. A mágneses mozgatósi direkt kapszula endoszkópos képrögzítést és képtovábbítást nem zavarta meg.

Következtetések: A mágneses kapszula endoszkópos rendszer RTG és direkt vizuális kontrollal alkalmas a colonban történő célzott kapszula mozgatósi és peristaltikus irányú továbbítására ezáltal segítve, hogy a vizsgálati idő lejárta előtt a kapszula endoszkóp távozzon a szervezetről, valamint lehetőséget biztosítva esetlegesen vastagbél területi vérzésforrások detektálására is.

Növeli-e a sphincterotomia utáni vérzés gyakoriságát és a cardiovascularis halálozást a post-ERCP-s pancreatitis (PEP) megelőzésére adott indomethacin? Prospektíven gyűjtött adatok post hoc analízise

Patai Árpád,¹ Solymosi Norbert,² Patai V. Árpád³

¹Markusovszky Egyetemi Oktató Kórház, Gasztroenterológiai és Belgyógyászati Osztály, Szombathely, ²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Fizikai Intézet, Budapest, ³Semmelweis Egyetem, II. Belklinika, Budapest

Előzmények: A Magyar Gasztroenterológiai Társaság 2014-es Nagygyűlésén bemutatott prospektív, kettős vak, randomizált, placebo kontrollált tanulmányunkban megerősítettük, hogy az ERCP előtt rectalisan alkalmazott 100 mg indomethacin hatékonyan csökkenti a post-ERCP-s pancreatitis (PEP) előfordulását, különösen akkor, ha törekszünk magas sikerességi arány elérésére. (Z Gastroenterol. 2014. 52: 470.) Ugyanakkor nincs elegendő adat arra vonatkozóan, hogyan alakul a cardiovascularis mortalitás és az endoscopos sphincterotomia (EST) utáni vérzés (ESUV) az indomethacin alkalmazása után.

Betegek, módszer: 576 EST-n átesett randomizált páciens (kettős vak, prospectív tanulmányunkban indomethacin:289, placebo:287), akik közül 87 napi 100 mg acetylsalicylsavat (ASA), 29 pedig 75 mg/die dózisban clopidogrelt szedett, követtünk 30 napig, figyelve a gastrointestinalis vérzést és a cardiovascularis mortalitást.

Eredményeink szerint az ESUV hasonlóan alakult a különböző csoportokban: indomethacin (8.0%) vs. placebo (9.4%) ($P=0.56$), ASA (10.3%) vs. nem-ASA (8.4%) ($P=0.54$), clopidogrel (6.9%) vs. nem-clopidogrel (8.8%) ($P>0.99$). Nem észleltünk különbséget az ESUV-ban a kettős thrombocytá-aggregációgátló terápiát (APT) alkalmazó betegekben. Nem volt különbség a különböző csoportokban a 30 napos cardiovascularis mortalitásban sem ($P>0.99$).

Következtésünk: az EST előtt alkalmazott 100 mg indomethacin nem befolyásolja sem az ESUV-t, sem a cardiovascularis mortalitást és ez a hatás független az alkalmazott APT-től.

Melyik a legjobb módszer az endoszkópos aktivitás megbecslésére colitis ulcerosában?

Rutka Mariann, Farkas Klaudia, Molnár Tamás

SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinika

Bevezetés. Colitis ulcerosa aktivitásának megítéléséhez a tünetek, a klinikai vizsgálatok és az endoscopos lelet együttes értékelése szükséges. A kezelés fő célja a klinikai remisszió elérése és fenntartása valamint nyálkahártya gyógyulás elérése. Nagyobb tanulmányokban, mint például az ULTRA és a PURSUIT, az endoscopos remisszió aránya magasabbnak bizonyult, mint a klinikai remisszió aránya. Tanulmányunk célja az volt, hogy értékeljük a klinikai és endoscopos betegség aktivitást colitis ulcerosában aktivitási indexek alkalmazásával és meghatározzuk melyik módszer korrelált legjobban az endoszkópiával.

Módszerek. 100 véletlenszerűen kiválasztott colitis ulcerosás betegben (49 férfi; 51 nő; az átlagos életkor a diagnózis idejében: 32,5 év) vizsgáltuk a klinikai aktivitás indexek, a biokémiai és székletmarkerek összefüggését az endoszkópos aktivitással. A klinikai aktivitás meghatározását a Rachmilewitz Aktivitási Index (CAI) és a parciális Mayo score alapján végeztük, a biokémiai aktivitást CRP-vel, a széklet aktivitást calprotectin mérésével határoztuk meg. Minden beteg átesett colonoscopos vizsgálaton. A leletek értékelése a Rachmilewitz Aktivitási Index (EI) endoscopos része és a Mayo endoscopos subscore alapján történt. A teljes nyálkahártya gyógyulást a Mayo endoscopos subscore és az EI 0 értéke jelöli. A szövettani aktivitást a Riley score-ra határoztuk meg.

Eredmények: A klinikai és az endoscopos aktivitás erős összefüggést mutatott mindkét általunk alkalmazott besorolási rendszerrel. Az endoscopos betegség aktivitás és a szövettani aktivitás között is találtunk összefüggést. Szignifikáns összefüggés igazolódott a klinikai aktivitás és a nyálkahártya gyógyulás között. A klinikai aktivásnál még jobban jelezte a szövettani gyógyulás mértékét a széklet calprotectin érték.

Következtetés: Bár a klinikai tünetek alapján többnyire jól következtethetünk a colitis ulcerosa endoszkópos aktivitásának mértékére, a legszorosabb összefüggést a széklet calprotectin mutatta az endoszkópos aktivitással. Ez az a módszer, mely bizonyos esetekben kiválthatja az endoszkópiát.

Postpulmonectomiás empyema okozta oesophago-pleuralis fistula stent kezelése

Solt J.¹, Sztankovics P.², Döbrönte Z.³, Szenes M.⁴, Vincze Á.¹

Pécsi Tudományegyetem, I. Belgyógyászati Klinika¹, Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Mellkassebészeti², Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály³, Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály⁴

Bevezetés: Az oesophago-pleuralis fistula ritka és súlyos kórkép, melynek hátterében többnyire nyelőcső-, tüdőtumor, trauma, spontán nyelőcső ruptura, postoperative ill. postpulmonectomia szövődménye áll. A fistula zárása történhet műtéttel, különféle clippel, speciális dugókkal, szövet ragasztókkal, stent kezeléssel, melyet drainage, antibioticus kezelés egészít ki.

Beteganyag, módszer: Az elmúlt 40 évben 3 betegnél észleltünk pulmonectomia után empyema szövődményeként oesophago-pleuralis fistulát. Kettőnél tüdődaganat, egynél tüdőtuberculosis volt a pulmonectomia indicatioja. A tuberculosis miatt pulmonectomisált beteg évtizedekkel később kialakult empyemáját és fistuláját műtéttel kezelték, mely után a beteg néhány nappal exitált. A második, daganat miatt operált betegnél a mellkasi empyema nemcsak a nyelőcsőbe, hanem intercostálisan a bőrön is áttörve oesophago-pleuro-cutan fistulat idézett elő. Oesophagoscopos és thoracostomán át thoracoscopos kontroll mellett az oesophago-mediastinalis nyílást lyodura dugóval zártuk. Helyi kezelés és Betadinos öblítés mellett az empyemája is gyógyult.

A harmadik betegnél 2012. márciusban alsólebens laphámcarcinoma miatt bal oldali pulmonectomia, kiterjesztett mediastinalis lymphadenectomia (T2N3Mx, St.: III/B) majd adjuvans radiotherapia történt. 2014. márciusban a nyelőcsőben 30 cm-nél extrém beszorodás látszott. 2014. áprilisában PET CT recidiva gyanúját vetette fel. 2014. május 23: egy hete lázas, gyenge. Bronchoscopos ép hörgőcsönk mellett felveti a mellkasi empyema gyanúját, melyet a mellkasi drainage igazol, a genny mellett táplálék is megjelenik a drainen. Nyelési vizsgálat oesophago-pleuralis fistulát mutat. A fistulát 2014. 06. 04. és 06. 10-én 10 cm, majd - dislocatio, elégtelen zárás miatt - újabb, 12 cm hosszú, parciálisan bevont Ultraflex stenttel próbálták zární, de kontrasztanyag kilépés még ezután is volt. 2014.07.15-én, 41 nappal az első stent behelyezés után a stent végeken észlelt nagyfokú mucosa benövés miatt a stentek nem távolíthatók el, ezért a fistulát és a stenteket, 14 cm hosszú, teljesen bevont, 20 mm átmérőjű Endoflex stenttel hidaltuk át.

Eredmény: Ezután kontrasztanyag kilépés nem volt. A beteg per os jól táplálható, panaszmentes. A mellkasi drainen keresztül rendszeres Betadines öblítés. 2014.08.10. nyelési panaszok jelentkeztek, majd fokozódnak. 2014. 08. 25-i mellkas CT: oesophago-pleuralis fistula nem látható, a stent distalis végénél nyelőcső stenosis. A bal mellkasi folyadék mennyisége, a légterő üreg nagysága lényegesen csökkent. 2014. 08. 27-én a nyelőcső stenosis ballonkatéteres tágitása. 2014. 09. 09-én (96 nappal az első és 56 nappal az utolsó stent behelyezése után) a stentek alatti stenosis 14 mm átmérőig történő tágitása után a 3 nyelőcső stentet eltávolították. Utána végzett nyelési vizsgálat során a fistula helyén enyhe kibővülés látszott, nyelőcsőből kontrasztanyag kilépés nem volt. A mellkasi drain hozama - Betadines öblítés mellett - korábbi 70ml-ről 20, majd 10ml-re csökkent. A bal mellkasi üreg tovább kisebbedett. A beteg panasz és dysphagiamentes. Tumor recidivára, metastasisra utaló jel nincs.

Következtetés: Nyelőcső fistulák zárására csak teljesen bevont stentek alkalmasak. Teljesen bevont stent nemcsak a fistula tökéletes zárását, hanem a parciálisan bevont stent mucosa benövés megszüntetése útján a stentek eltávolítását is lehetővé teszi. Megfelelő méretű és átmérőjű, teljesen bevont, eltávolítható stent megfelelő külső drainage és helyi kezelés mellett alkalmas lehet a postpulmonectomiás, mellkasi empyema okozta oesophago-pleuralis fistula gyógyítására is.

Obstrukciós icterus ritka oka: epeúti polypus

Tam Beatrix¹, Kovalcsik Zsolt¹, Sánta Judit¹, Felföldi Ferenc¹, Cífra János², Vajda Kornél³

Tolna Megyei Balassa János Kórház Gasztroenterológia¹, Pathológia²,
Általános Sebészet³, Szekszárd

Az 57 éves, korábban apró köves epehólyag miatt cholecystectomiált nőbeteget, fájdalomtalanul kialakult icterus, magas obstrukciós májfunkciós értékekkel vettük fel osztályunkra. Felvételekor elvégzett hasi ultrahangos vizsgálatán tág intraheptikus epeutakat és egy 6x4 cm-es folyadék densitású terimét írtak le a máj bal lebenyénél a pancreas feji részére vetülten. ERCP során a stenotikus papillán vezetődrót segítségével szelektív epeúti kanülálást végeztünk, a kontrasztanyagos töltés során kónuszosan szűkülő choledochust láttunk, a ductus hepaticus communis extrémén tágaknak ábrázolódott, benne egy 20 mm-es szélességű, sima szélű telődési hiánnyal, amit cholangiolithnek véleményeztünk. A papillotomia során szivárgó vérzést észleltünk, emiatt és a hosszadalmas kanülálási kísérletek miatt elhúzódó vizsgálati idő miatt a beavatkozást termináltuk, második ülést terveztünk. Zavarba ejtő módon az ultrahangos kontroll során sem látszott a kőre típusos elváltozás. Csökkenő icterus, javuló májfunkciók, normális tumormarkerek mellett elvégzett ismételt ERCP során a papillotomiát komplettáltuk, majd megpróbáltunk a „követ” a choledochusból eltávolítani, de a Dormia kosárral befogni nem tudtuk. Ballon-katéterrel is sikertelenül próbálkoztunk, így sebészeti konzíliumot kértünk, és tekintettel a hasi ultrahang által leírt pancreas fejre vetülő nagy cystosus elváltozásra is, műtetre a beteget áadtuk. Műtét során egy 22x12x10 mm-es, zöldes-barna felszínű szövetszaporulatot távolítottak el az epevezetékéből, ami a pathológiai vizsgálat során inflammatorikus jeleket is mutató, de alapvetően fibroid polypusnak bizonyult. A máj bal lebenyénél észlelt „folyadékkal teli terime”-t V-ös típusú epeúti cystának véleményeztük. Betegünk azóta is panaszmentes.

Az áttekintett, rendelkezésre álló igen kis számú irodalmi adat alapján tisztán inflammatorikus polypusok elő-előfordulnak az epeutakban tüneteket okozva, fibroid polypus szövettani képét mutató „valódi” polypusról irodalmi közlést nem találtam, ezért gondoltam, hogy az anyag érdemes lehet bemutatásra.

Enni vagy lélegezni? Tracheo-oesophagealis fistula zárására tett próbálkozásaink

Velkei Tamás¹, Hausinger Péter¹, Dubravcsik Zsolt¹, Gyimesi György¹, Janota Melinda¹,
Bozóky István², Szepes Attila¹

¹Bács-Kiskun Megyei Kórház Gasztroenterológia Osztály és OMCH Magyarország Eü.Szolg. Kft.
Endoscopos Laboratórium, Kecskemét

²Bács-Kiskun Megyei Kórház, Pulmonológiai Osztály

Bevezetés: A légutakból kiinduló fistulák nagy morbiditással és mortalitással járó megbetegedések, irányuktól függetlenül. Legnagyobb gyakorisággal (kb. az esetek 28%-a) tüdőresectiók következményeként alakulnak ki. Műtéti megoldást igényelnének, azonban a betegek általában polymorbid páciensek, akiknél minél kevésbé megterhelő beavatkozás választása szükséges.

Esetbemutató: A 72 éves, számtalan betegséggel küzdő férfi betegünk 2010-ben esett át tüdőtumor miatti jobb oldali lobectomián. 3 évvel később egyre gyakrabban jelentkezett dyspnoe és köhögés, mely elsősorban étkezés után jelentkezett. Nyelési rtg tracheo-oesophagealis fistulát igazolt, melyet gastroscopia során is észleltünk. Általános állapota miatt műtétet kockázatosnak tartottunk. Első lépésben az irodalom által is ajánlott stent beültetés merült fel, azonban mivel a nyelőcsőben nem láttunk szűkületet, inkább mintha kissé tágabb lett volna, így nem láttuk biztosítottnak a stent megfelelő, tartós működését. 3 alkalommal kíséreltük meg gastroscopia során, különféle módszerekkel (klipp, OVESCO klipp, endo-loop) a fistula zárását, azonban rövidebb-hosszabb idő után mindegyik alkalommal recidiváltak a panaszok, s újra a fistula kinyílását észleltük. Végül kórházunk pulmonológusaival összefogva, mind a nyelőcső, mind a trachea felől Hystoacryl injekcióval láttuk el a fistula környezetét. A beteg azóta panaszmentes, táplálkozásának tápszerrel történő segítése mellett súlya gyarapodni kezdett.

Diskusszió: A nyelőcső és a trachea közötti fistulával ritkán találkozunk gyakorlatunk során, azonban megoldása létfontosságú a beteg számára. A fistula zárása az egyre bővülő eszköztár igénybe vétele mellett is komoly problémákat okozhat, gyakran több szakma kooperációjára, új eljárások kipróbálására, és akár rizikó felvállalására is szükség lehet a siker érdekében.

Szövődmények profilaktikus pancreasstent alkalmazása során

Vincze Á, Gódi Sz, Solt J, Szabó I, Pakodi F

Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika

Bevezetés: Az ERCP leggyakoribb szövődménye a post-ERCP pancreatitis (PEP), ami 4-5%-os gyakorisággal fordul elő az átlagos rizikójú populációban, de magas kockázatú betegek esetén a 10%-ot is jóval meghaladhatja. A PEP megelőzésére 5 F átmérőjű rövid pancreasstent (PS) behelyezése javasolt magas kockázatú betegekben.

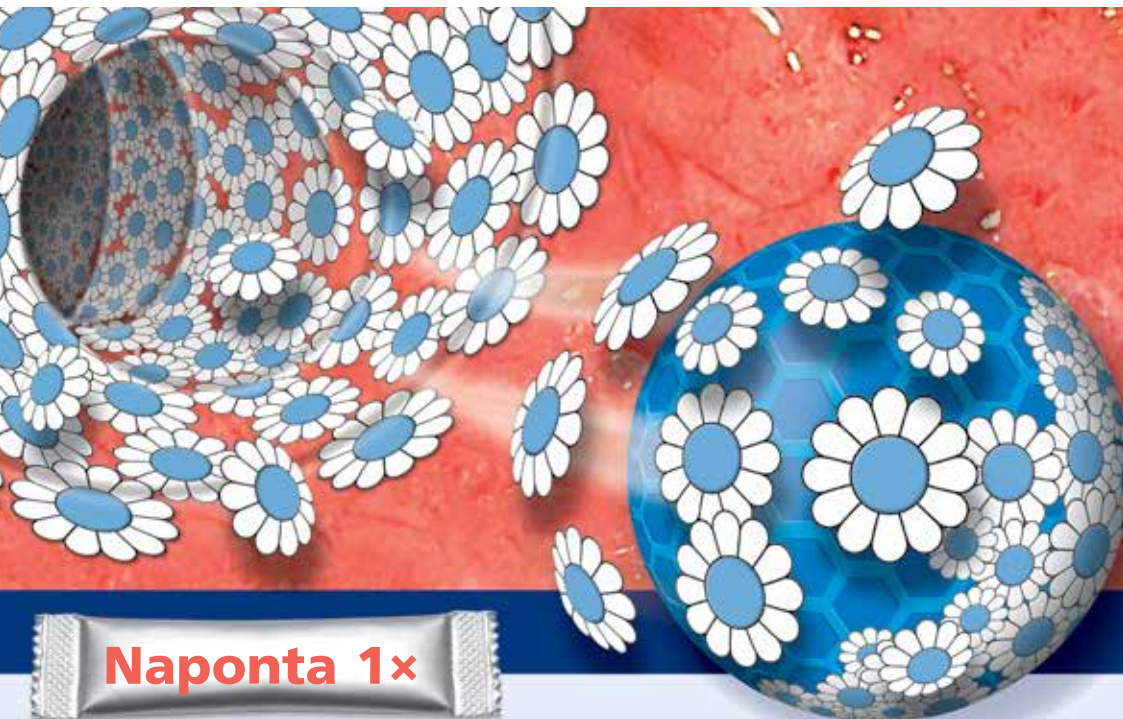
Célkitűzés: Profilaktikus PS behelyezés során észlelt komplikációk összegzése és rizikófaktorok keresése volt jelen vizsgálatunk célja.

Eredmények: Klinikánkon 2009. május és 2014. augusztus között 101 esetben került sor PS (5 F, 3 cm) alkalmazására PEP szempontjából magas kockázatú betegek esetén. A 67 nő és 34 férfi átlag életkora 62 év volt (13 – 89). Az ERCP indikációja 21 esetben akut cholangitis, 16 esetben akut biliaris pancreatitis, 16 esetben képalkotó vizsgálat során észlelt epeútkő, 15 esetben tünetszegény icterus, 14 esetben Oddi sphincter dyskinesis (SOD), 19 esetben egyéb ok volt. Két esetben a PS behelyezési kísérlet sikertelen volt, 2 másik esetben pedig a beavatkozás végére a behelyezett, belső fül nélküli PS kicsúszott. Hyperamylasaemiát 37 betegnél észleltünk a beavatkozás után. Intervenciót igénylő szövődmény 10 betegnél alakult ki PS behelyezése után: 8 betegnél alakult ki PEP, ebből 2 esetben középsúlyos – súlyos exsudatív volt a pancreatitis. A vizsgált betegcsoportban PEP rizikófaktor volt a sikertelen PS behelyezés ($p<0,001$) és az egy napon belüli PS távozás ($p=0,07$), valamint a juxtapapillaris diverticulum jelenléte ($p<0,001$). PS behelyezés mellett a PEP kialakulását nem befolyásolta a betegek életkora és neme, a pancreasvezeték töltése, disztális epevezeték tágulat jelenléte, tűkés-előmetzés alkalmazása. Egy betegnél a PS a Wirsung-vezetékbe diszlokálódott, amit 91 nappal később, 3. ülésben Dormia-kosárral sikerült eltávolítani, szövődménymentesen. Egy betegnél 17 nappal a PS behelyezése után alakult ki enyhe akut pancreatitis, ami az eldugult PS eltávolítása után gyorsan gyógyult.

Megállapítások: PS alkalmazása esetén is számolnunk kell PEP kialakulásával, különösen sikertelen PS-behelyezés, 1 napon belüli kicsúszás és juxtapapillaris diverticulum esetén. Ritkán előfordulhat a PS proximális elmozdulása illetve a stent elzáródása miatti késői pancreatitis is.

Salofalk® 3g retard granulátum

meszsalazin



Az innovatív technológia a klinikai hatékonyság kulcsa

Az egyetlen meszsalazin tartalmú granulátum kettős hatóanyag-felszabadulást biztosító technológiával



- Megbízható és gyors hatóanyag felszabadulás a vastagbél teljes hosszában¹
- Napi egyszeri alkalmazás akut és remisszióban lévő enyhe és közepesúlyos colitis ulcerosában
- Kiváló hatékonyság: szignifikánsan nagyobb remissziós arány disztális colitisben²
- A legnagyobb egyszeri meszsalazin adagot tartalmazó granulátum
- A jó beteg compliance biztosító: az étkezéstől független bevétel és a kellemes vanília íz
- 90%-os tb. támogatás, legolcsóbb meszsalazin tartalmú granulátum

Salofalk 3 g gyomorpH-ellenálló retard granulátum Hatóanyag: 3 g meszsalazin tasakonként. **Terápiás javallatok:** Colitis ulcerosa akut fellöbbanásának kezelése és a tünetmentes állapot fenntartása. **Adagolás: Felnőttek és idősek:** Colitis ulcerosa akut fellöbbanásának kezelésére: Naponta egyszer 1 tasak Salofalk 3 g granulátum, 1 vagy 2 tasak Salofalk 1,5 g granulátum, 3 tasak Salofalk 1000 mg vagy 2 tasak Salofalk 500 mg granulátum (napi 1,5–3,0 g meszsalazinnal megfelelő), lehetőség szerint reggel alkalmazva, az egyedi klinikai igényeknek megfelelően. **Colitis ulcerosa tünetmentes állapotának fenntartására:** A standard dózis 0,5 g meszsalazin 3× naponta (reggel, délután és este), ami napi 1,5 meszsalazinnal felel meg. Azonkál a betegnek, akinek a visszaesés kockázata ismertan magasabb, egészségügyi okokból vagy a napi háromszori adagolás nehézségeibe ütközik, az adagolási rend naponta egyszer, lehetőleg reggel alkalmazható 3,0 g meszsalazinnal módosítható. **Gyermekpopuláció:** Gyermeknekél (6–18 év között) való alkalmazással kapcsolatban csak kevés dokumentáció áll rendelkezésre. 6 éves és annál idősebb gyermekek. Aktivitása: A dózist egyénileg kell megállapítani. Kezdetben 30–50 mg/tkg adható egyszer, lehetőleg reggel, vagy naponta több részre elosztva. A maximális dózis: 75 mg/tkg/nap. A teljes napi dózis nem haladhatja meg a felnőtteknek ajánlott maximális dózist. Fenntartó kezelés: A dózist egyénileg kell

megállapítani. Kezdetben 15–30 mg/tkg adható naponta több részre elosztva. A teljes napi dózis nem haladhatja meg a felnőtteknek előírtát. Általánosságban javasolható, hogy 40 kg testtömeg alatt a felnőtt dózis fele, míg 40 kg testtömeg felett a normál felnőtt dózis adandó. **Ellenjavallatok:** Túlérzékenység a szalicilátokkal vagy a készítmény bármely más összetevőjével szemben, súlyos máj- és vesekárosodás. **Gyógyszerkölcsönhatások és egyéb interakciók:** Laktulóz vagy a széklet pH-ját csökkentő hasonló készítmények a meszsalazin felszabadulásának mértéke a granulátumból csökkenhet a laktulóz bakteriális metabolizmusa által kiváltott pH csökkenés következtében. Azatioprinrel, 6-merkaptopurinál vagy tioguaninnal kezelt betegnek ezen hatóanyagok mieloszuppresszív hatásának lehetséges növekedését figyelembe kell venni. Csakély bizonyíték van arra vonatkozóan, hogy a meszsalazin csökkentheti a warfarin antikoaguláns hatását. **Termékenység, terhesség és szoptatás:** **Terhesség:** A Salofalk granulátum terhes nőknél történő alkalmazása tekintetében nem áll rendelkezésre elegendő információ. A Salofalk granulátum csak akkor alkalmazható a terhesség ideje alatt, ha a várható előny ellensúlyozza a lehetséges kockázatokat. **Szoptatás:** A Salofalk granulátum szoptatás alatt csak a terápia előny/kockázat gondos mérlegelésével adható. Ha a csecsemőnél hasmenés lép fel, a szoptatást fel kell függeszteni. **Nemkívánatos**

hatások, mellékhatások: Ritka: fejfájás, szédülés, myocarditis, pericarditis, hasi fájdalom, hasmenés, hányás. Nagyon ritka: vérszám-csökkenés, perifériás neuropátia, a tüdő allergiás és fibrotikus reakciói, akut pancreatitis, károsodott vesefunkció, alopecia, myalgia, arthralgia, túlérzékenységi reakciók, májfunkciós paraméterek változása, oligospermia. **Csomagolás:** 30 db tasak dobozonként. **Hatáserősség:** * (egy kereszt). Rövidített alkalmazási előírat. **Kérjük olvassa el az alkalmazási előírat teljes szövegét!** **Isi Fogyasztói ár:** 17520 Ft. **Tb. Támogatás:** 15768 Ft (90%). **Téritési díj:** 1752 Ft. **Irodalom:** 1. Kruis et al: Gut, 2009. 58; 233–240. 2. Leifeld et al: Aliment. Pharmacol. Ther. 2011; 34: 1115–22. Az információ lezárásának időpontja: 2014. május 15.

**medicons**

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

Endoscoppal gyomorból a vastagbélbe

Gasztonyi Beáta¹, Tóth Ildikó¹, Szenes Mária¹, Völgyi Zoltán¹, Fischer Tünde¹,
Herr Gyula¹, Horváth Katalin², Tóth Zoltán³ Görög Dénes⁴

¹Belgyógyászati, ²Radiológiai, ³Patológiai osztály, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg,
⁴Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Esetismertetés: A középkorú, inzulin-dependens diabeteses, hypertoniás, extrémén obes nőt beteget kávézaccszerű hányás, szurokszéklet, emelkedett gyulladásos paraméterek miatt vettük fel osztályunkra. Az anamnesis és az obesitas mellett észlelt szerény fizikális lelet után a hasi ultrahangon látott felhasi, nagy kiterjedésű, bizonytalan szervi hovatarozású térfoglalás diagnosztikus tervünket felgyorsította. Az akut hasi computer tomográfiás vizsgálat a gyomorral kis kapun közlekedő, a colon transversummal összefüggő, gázzal vagy levegővel kitöltött üreget véleményezett. Ezek után a gastroscopia kellően izgalmasnak bizonyult. A gyomor fundusában enormis méretű, nekrotikus szövetet tartalmazó, szabálytalan nyálkahártyával körülvett, mély tumoros terímét igazoltunk, melynek distalis részén lévő nyíláson áthatolva szintén nekrotikus szövetmasszával körülvett szabálytalan üregbe jutottunk. A látott kép, a klinikai adatok, az emelkedett gyulladásos markerek hátterében nekrotizáló tumort valószínűsítettünk, egyéb infekcióforrás kizárásra került. Az onkológiai diagnosztikát kizsgáló, az endoscopos bátorságát bizonyítva megfelelő számú biopsziás mintát vettünk. A szövettani vizsgálat – a morfológiai kép és az immunhisztokémiai vizsgálatok (CD34, CD117, S-100, SMA) alapján – malignus orsósejtes tumort írt le. Sebész irrezekabilitást véleményezett, neoadjuvans célzatú onkoterapiát javasolt, melyet sarcoma protokoll szerint epirubicin és ifosfamid kezelés formájában tervezünk.

A gastrointestinalis vérzés miatt urgens ellátást igénylő eset a bizarr képalkotó és endoscopos kép, a ritka entitás, a nehézségekkel tarkított gyógykezelés miatt a mindennapok egyik izgalmas diagnosztikus és terápiás kihívását jelenti számunkra.

Vanek tumor endoscopos eltávolítása a terminális ileumból

Gelley András¹ Gyökerez Tibor²

Betegellátó Irgalmas Rend Budai Irgalmasrendi Kórház Gasztroenterológia¹
Honvéd Kórház II telephely Gasztroenterológia, Budapest²

A gyulladásos fibrinoid polyp (Vanek 1949) nagyon ritka jóindulatú reaktív elváltozás, mely leggyakrabban a gyomorban, ritkábban a vékonybélben fordul elő. A daganat több centiméter nagyságúra is nőhet, és a vékonybélben intussusceptionnak diagnosztizálják. Az elváltozást eddig sebészi úton távolították el.

Esetismertetés: 70 éves nőbeteg hasi UH vizsgálata során a terminális ileumban a caecumtól 10 cm-re észleltünk egy a lument kitöltő szövetszaporulatot. Colonoscopy során a béllumen jelentős részét kitöltő gírusos felszíni széles nyeles alapú polypot észleltünk. A biopsia gyulladásos adenomatosus elváltozást igazolt. A polyp eltávolítását endoscoppal kiemelt intézetben végeztük. Tonogénes aláinfiltrálás és a széles nyél előemelése után a 20 mm-es polyp felső részét kaccsal hurkoltuk, és eltávolítottuk, majd miután így a polyp jobban hozzáférhetővé vált, azt tövénél hurkoltuk, és eltávolítottuk. A darabokat a coecumba visszahoztuk. A polypectomia helyén kis égetési fekély mellé klipet helyeztünk fel, jelzésként egy esetleges utóvérzés ellátásának könnyítésére. A coecumból a levágott polyp darabokat dormia kosárral távolítottuk el. A szövettani feldolgozás Vanek tumor jellegzetességeit mutatta (vékonybél nyálkahártyával borított kevert, de eosinophil sejt túlsúlyú lobbal beszűrt vizenyős sarjszövet).

Összefoglalás: a Bauhin billentyűtől 10 cm-re a terminális ileumban Vanek tumor endoscopos eltávolítását végeztük el szövődmény mentesen, melyet videón mutatunk be.

Endoszkópos mukozektómia során jelentkező vérzés ellátása

Gódi Sz, Bozsánovicsné Jánosi H, Vincze Á

Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika

A vastagbélben észlelt adenómák eltávolítása során észlelt leggyakoribb szövőd-mény a vérzés. A polipektómia során jelentkező vérzések gyakoriságát a szerzők 1:10 és 1:300 közé teszik. Amennyiben a vérzést a vizsgálat közben észlelik, illetve ellátják, a klinikai jelentősége csekély. A vérzés veszélye magasabb idős betegekben (ASA sze-dés, társbetegségek), nagy méretű vagy szesszilis polipoknál és a jobb kolonfélben.

A 61 éves nőbeteget széklet vér pozitívítás miatt vizsgáltuk. Rendszeresen gyógyszert nem szedett, vérékenységet fokozó betegség, állapot nem volt ismert. Kolonoszkópia során (Olympus CF-HQ190i) a rekto-szigmoideális átmenetben észleltünk egy kb. 25 mm-es, széles alapú polipust (Paris Is, NICE 2). A képletet Patent blue oldatos aláinjektálás után daraboló technikával eltávolítottuk. Az eltávolítás közben három alkalommal észleltünk jelentős vérzést, amit klipek felhelyezésével elláttunk. A be-avatkozás végére sikerült a polipot eltávolítani és a vérzéseket ellátni, újravérzés nem alakult ki. A szövettani vizsgálat alacsony grádusú diszpláziát mutatott. A daraboló eltávolítás miatt ellenőrző vizsgálatot három hónap múlva tervezünk.

A nagyobb méretű vagy széles alapú adenómák eltávolítása során gyakran észlelünk vérzést. Csak osztályos megfigyelés lehetősége, megfelelő endoszkópos tartozékok és jó minőségű elektromos egység esetén kezdjük el a beavatkozást. Nagy felbontá-sú endoszkóp és kromoendoszkópia használata lehetővé teszi a polyp klasszifikáci-óját, kiterjedésének pontos megállapítását és növeli a beavatkozás biztonságosságát.

Endoszkópos papillektómia

Gódi Sz, Somogyiné Kolozsvári M, Vincze Á

Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika

A Vater papilla adenómák előfordulhatnak sporadikusan vagy FAP részeként. Ezen elváltozások endoszkópos eltávolítása a papillektómia (illetve ampullektómia) amely életképes alternatívája a sebészi eltávolításnak. A beavatkozás kritériumai az 5 cm alatti méret (nem minden szerző szerint), az intraduktális növekedés és a malignitásra utaló endoszkópos (merevség, vérékenység, ulceráció) jelek hiánya.

A betegünk egy 56 éves férfi, anamézisében hypertónia, diabétesz, CABG műtét szerepelnek. Epeúti kövesség gyanúja miatt végzett ERCP során észleltük a kb. 3 cm-es adenómát, melyből a biopszia történt. A szövettani vizsgálat alacsony fokú diszpláziát írt le, CT vizsgálat patológiás nyirokcsomót nem igazolt. Társbetegségeire való tekintettel papillektómia mellett döntöttünk. Két ülésben, daraboló technikával sikerült az adenómát eltávolítani. Az első beavatkozás során pankreász sztentet nem sikerült behelyezni, indometacin kúp mellett pankreatitisz nem alakult ki. Második ülésben indogokarmin festéssel ellenőriztük a visszamaradt adenoma határait, az eltávolítás komplettáltuk. A reszekátum szövettani lelete is alacsony grádusú diszpláziát mutatott. Mivel az adenómát daraboló technikával távolítottuk el, 3 hónap múlva kontroll duodenoszkópiát tervezünk.

Az endoszkópos papillektómia a sebészi módszerekkel összehasonlítva alacsonyabb mortalitással, morbiditással, de magasabb kiújulási rátával jár, ezért szoros utánkövetés szükséges. Kellő gyakorlat és eszközös háttér mellett biztonságosan és jó eredményekkel végezhető ez a módszer, ami a sebészi eltávolításnál előnyösebbnek tűnik.

Fogd rövidre!

Rövid vezetődrót alkalmazása ERCP során (RX rendszer)

Gyökeres Tibor, Nagy Anita

MH Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia

Bevezetés: Bár a rövid vezetődrótos technikák közül három különböző is kereskedelmi forgalomban van (RX-system (Boston Scientific), Fusion-system (Cook Endoscopy), V-system (Olympus)) több mint egy évtizede, de a mai napig kevés ERCP-s alkalmazza őket. Mindhárom rendszer közös előnye, hogy a megfelelő pozícióba került vezetődrót rögzíthető, így biztosan nem mozdul ki, amíg a különböző, a beavatkozáshoz szükséges akcesszóriumok cseréje megtörténik. Van kanül, sphincterotom, kőelhúzó ballon, tágító ballon, Dormia kosár és plastik stentberakó is, ami rövid vezető dróttal használható. Közös előny még, hogy a vezetődróttal szükséges manipulálást végezheti maga az orvos is. A legnagyobb előny azonban a beavatkozás idejének és így a sugárban töltött időnek, az esetleges szedációs időnek a potenciális rövidülése, ami munkahelyünkön, ahol évi 1600 fölötti ERCP-t végzünk, különösen fontos. A videoban a legegyszerűbb, hagyományos duodenoszkópra szerelhető külső zárat tartalmazó RX-rendszer használatát mutatjuk be néhány beteg kapcsán.

A terápia refrakter post-papillotomiás vérzés endoszkópos kezelésének bemutatása gyakorlatunkban

Hritz István, Dubravcsik Zsolt, Gyimesi György, Szepes Attila, Madácsy László

Bács-Kiskun Megyei Oktató Kórház, OMCH Endoszkópos Laboratórium, Kecskemét

A terápiás endoszkópos retrográd cholangio-pancreatographia (ERCP) egyik legfontosabb sarokköve az endoszkópos sphincterotomia (EST). Az EST egyik leggyakoribb szövődménye a vérzés, melynek első vonalbeli kezelése az endoszkópos injekciós vérzéscsillapítás. Sikertelen első vonalbeli haemostasis esetén, az intervenció radiológiai és sebészi megoldás előtt egyéb endoszkópos vérzéscsillapító modalitások alkalmazása megkísérélhető.

Célunk a terápia refrakter post-EST vérzés második vonalbeli endoszkópos kezelésének gyakorlatunkban való bemutatása pár eset kapcsán.

Az első vonalbeli kezelésre (injekciós haemostasis, haemoklipp alkalmazás) refrakter post-EST vérzés második vonalbeli endoszkópos kezelésére thermokoagulációs fogó használunk. Emellett a post-ERCP pancreatitis (PEP) kivédésére profilaktikus pancreas stent (PPS) rutin beültetését alkalmazzuk. Sikertelen primer vérzéscsillapítás vagy újravérzés eseteiben, a módszer gyakorlatunkban eddig definitív haemostasist biztosított. A beavatkozást követően 12 esetből mindössze egy esetben észleltünk enyhe PEP-et.

A terápia refrakter post-EST vérzés második vonalbeli endoszkópos kezelése thermokoagulációs fogó segítségével, PPS alkalmazása mellett, klinikailag hatékony, végleges megoldást jelentő módszer, amely alacsony szövődmény kockázattal jár.

Polypectomiát követő gyomorperforatio ellátása ovesco clippel

Dr. Kacska Sándor

DEKK, Belgyógyászati Intézet Gasztroenterológiai Tanszék

65 éves nőbeteg jelentkezett szakrendelésünkön gastroscopiára. 3 évvel korábban a gyomrából hyperplasticus polypok kerültek eltávolításra. Aktuálisan sok kisebb polyp mellett a pylorusban kb 4 cm-es széles alapú nyeles polyp, valamint az első falon kb 2 cm átmérőjű, az alapból kiemelkedő, közepén kifekélyesedő elváltozás került leírásra. Az előbbi szövettana hyperplasticus polyp, az utóbbié chr gastritis, malignitás jelei nélkül.

Az endoscopos kép inkább malignitást sugallt, ezért előzetes tonogénes infiltráció-kimelés után két munkacsatornás endoscoppal az elváltozást egyben eltávolítottuk. A beavatkozás után perforációs nyílást, valamint arteriás vérzést észleltünk. A vérzést hagyományos clippel csillapítottuk, majd a perforációs nyílást ovesco clippel zártuk. A beteg observatioja során nagy dózisú parenteralis PPI-t kapott. 4 nappal a beavatkozás után a beteg emittálható volt, vérzés, vagy perforációra utaló tünetek nélkül.

NBI vagy indigó kármin festés? Mindkettő!

Lőrincz Magdolna, Szalóki Tibor

Jávorszky Ödön Kórház, Vác, Gasztroenterológiai Osztály

Bevezetés: Az utóbbi években az emésztőrendszeri endoszkópos képalkotás jelentős fejlődésen ment keresztül. A fehér fényű elektronikus endoszkópia utáni fejlesztések elsősorban ún. „optikai biopszia” alkalmazásának valamint a korai daganatok illetve rákelőző állapotok felismerésének lehetőségét célozzák meg.

Módszerek: A kromoendoszkópia régóta használt módszer, mely reneszánszát éli. A mélykék színű indigó kármin nem abszorbeálódik a gasztrointesztinális hámsejtekhez, hanem összegyűlve a nyálkahártya barázdákban sztereoszkópos, kontrasztos képet nyújt a vizsgáló számára. Használatával könnyen észrevehető a felületi egyenetlenségek, fekély hegek, kisebb polypusok és tumorok. Jól láthatók az elváltozások határvonalai és a duodenum finom szerkezete is könnyen véleményezhető. Az NBI szűrt fénnel történő megvilágítást és képalkotást jelent, a felszíni nyálkahártya kapilláris érajzolata markánssá és egyértelművé válik, a felületi mintázat könnyebben megítélhető. Az NBI technika helyének meghatározása intenzív vizsgálódás tárgya. A polypusok dignitásának elkülönítése mellett, a serated és laterally spreading tumorok könnyebb felismerhetőségében, IBD-s betegek követésében gondolkodnak szerepet a módszernek. Munkahelyünkön 9 hónapja tudjuk a két módszert összehasonlítani.

Eredmények: Szerény tapasztalataink összegzését adjuk a videó demonstrációban. Az irodalmi adatok alapján az NBI módszer és az indigó kármin festés egyaránt hatékony lehet a colorectalis neoplasiák felismerésében. A két eljárás közötti különbség van az időráfordítás illetve az anyagi tényezőben. A vitális festés olcsóbb. A legújabb adatok alapján az adenomák felismerésében nincs lényeges különbség a vitális festés és az NBI technika alkalmazása között, ezzel szemben a hyperplasticus polypusok esetében az NBI technika hatékonyabbnak bizonyult. Ez utóbbi oka a vizsgálat idejének hosszabbodása lehet, mivel a bal colonfélben már csökken a figyelem. Gyulladásos bélbetegek követésében viszont az indigó kármin festés hatékonyabb az NBI-nál.

Összefoglalás: A vitális festést elsősorban a lapos laesiók felismerésében játszik szerepet. Az NBI technika alkalmas lehet a daganatos és nem daganatos laesiók elkülönítésére. A vastagbél polypok felismerésében hatékonyabbnak bizonyul a hagyományos fehér fényű endoszkópiánál, azonban diagnosztikus haszna a nagyító kromoendoszkópiával megegyezik. Hangsúlyozni kell, hogy az NBI technika által nyújtott képalkotás nem helyettesíti, és nem nélkülözheti az alapos vizsgálatot.

A perorális endoszkópos myotomia (POEM) tárgyi feltételei és gyakorlati kivitelezése élő malac modellben

Madácsy László és Szepes Attila

Bács-Kiskun Megyei Oktató Kórház, OMCH Endoszkópos Laboratórium, Kecskemét

Bevezetés: A perorális endoszkópos myotomia (POEM) az achalasia kezelésére kifejlesztett minimál invazív endoszkópos beavatkozás, mely a NOTES submucosális tunel technikájából fejlődött ki. Hazánkban a szerzők 2012-ben végeztek túlélő malac modellen először ilyen beavatkozást, melyet azóta még 10 állatkíséletes eset követett.

Módszer és videó esetbemutató: A POEM beavatkozáshoz előre tekintő gastroszcopot (Olympus EXERA II GIF-Q180) alkalmaztunk, melynek végére ferde nyílású rövid plastik toldalékot rögzítettünk (MH-588; Olympus cap). Az endoszkópos beavatkozást CO₂ befúvással végeztük 1.2 L/perc áramlással. A beavatkozáshoz az ERBE VIO 300D sebészeti vágót alkalmaztuk. A megfelelő behatolási pont kiválasztását követően 20–30 ml 1:10.000 Tonogenes fiziológiás sóoldatot injektáltunk a submucosába. Ezután trianguláris késsel (Endocut mode Q, effect 3) kb. 15–20 mm-es hosszanti bemetszést ejtettünk a nyelőcső mucosáján. Ezután tompán a submucosa irányában preparálva, az endoszkóppal behatoltunk a submucosális csatornába, melyben hosszanti irányban 10–15 cm hosszúságú tunelt preparáltunk (Spray coagulation mode, effect 1, 60 W), vigyázva arra, hogy a mucosális felszínen ne okozzunk sérülést. A submucosában futó ereket preventive haemostatikus fogóval coaguláltuk (Soft coagulation mode, effect 2, 30 W). Végül a teljesen kipreparált submucosális tunel mucosával ellentétes oldalán a muscularis propria belső körkörös izomrostjait hosszanti irányban 1–3 mm mélyen, a cardia feletti 10 cm-es szakaszon kezdve és a cardia alá kb. 2–3 cm-ig preparálva, kontrolláltan lépésről-lépésre átvágtuk (Spray coagulation mode, effect 1, 60 W). A POEM beavatkozás végén a tunelt hígított Betadinnal átöblítettük majd a mucosális sebet hemostasisra kifejlesztett fémklippekkel zártuk (EZ-CLIP, HX-110QR; Olympus).

Következtetések: A POEM humán kivitelezése technikailag az ESD-nél egyszerűbb, azonban a mediastinalis szövődmények lehetősége miatt csak nagy gyakorlatú és mellkassebészeti illetve intenzív osztályos háttérrel is rendelkező endoszkópos centrumokban javasoljuk elvégzését minden tárgyi és személyi feltétel rendelkezésre állása esetén. Az élő malac model optimális állatkíséletes model a POEM gyakorlati kivitelezésének elsajátítására és más magas szintű operatív endoszkópos illetve NOTES beavatkozások gyakorlására illetve oktatására.

Melanoma malignum a vastagbélben

Patai Árpád V.¹, Miheller Pál¹, Csóka Cecília¹, Micsik Tamás², Müllner Katalin¹,
Tulassay Zsolt¹, Hersényi László¹

¹Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

A melanoma malignum (MM) e ritka manifesztációját két eseten keresztül mutatjuk be, amelyeket endoszkópos videó bemutatással is illusztrálunk.

1. eset: 68 éves, dohányzó nő betegünk anamnesiséből leiomyoma miatti hysterectomia emelendő ki. Haematochezia miatt végzett colonoscopy során a rectumban C alakú, vérzékeny, morzsalékony, helyenként barnás eltérést azonosítottunk, a szövettan MM-t igazolt, primer eredet sem volt kizárható. Staging CT vizsgálaton távoli áttétre utaló eltérés nem igazolódott.

2. eset: 70 éves férfi betegünk anamnesisében korábbi betegség nem szerepelt. 2013. márciusában fejbőréről 12x15 mm-es, szövettanilag igazolt, Clark III-as stádiumú MM-t távolítottak el. 2014. májusában kontroll CT vizsgálat multiplex máj és tüdő áttéteket igazolt. 2014. augusztusában Weber pozitívitás miatt colonoscopy történt, amely során a coecumban és a transversumban barnás polyp került leírásra, amely szövettanilag a MM áttétjének bizonyult.

Eseteink megbeszélésén túl, összegyűjtöttük az 1994-2014-es időszakban előforduló hasonló eseteinket, amelyeket részletesen az előadásban mutatunk majd be.

Enteroscopia Pentax G-Eye – NaviAid rendszerrel

Sarlós P, Paulovicsné Kiss M, Bozsánovicsné Jánosi H, Vincze Á.

Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika

Egy új ballon colonoscop (Pentax G-EYE HD+) és a munkacsatormán keresztül alkalmazható felfújható ballon (NaviAid Smart Medical Systems) segítségével, „push-pull” technikával kiváló új lehetőséget jelent a vékonybél kettős ballonos diagnosztikus és terápiás vizsgálataihoz.

A 82 éves rheumatoid arthritises, chronicus myelo-monocyter leukaemiás férfibeteget 2010 óta összesen 11 alkalommal vettük fel melaena, gravis anaemia miatt a osztályunkra. Kezelései során összesen 18 gastroscopiát végeztünk, vérzésforrásként recidív Dieulafoy léziók igazolódtak a duodenum, illetve a gyomor területén, amiket argonplazma koagulációval többször is kezeltünk. Összesen 123 egység vérkészítmény transzfúziójában részesült. Szteroid és NSAID terápia már az első bennfekvés alkalmával felfüggesztésre kerültek, Helicobacter pylorit eradikáltuk, folyamatosan emelt dózisú originális PPI-t szed. Egy alkalommal colonoscopia is történt, negatív eredménnyel. Legutóbbi felvételére ismét melaena miatt került sor, gastroscopia során a korábban felhelyezett haemoclípek voltak láthatóak, azonban egyértelmű vérzésforrást igazolni nem tudtunk. A vékonybél megítélése céljából kettős ballon enteroscopiát végeztünk PENTAX G-EYE 3810L – NaviAid rendszer segítségével széndioxid inszuffláció mellett. Az endoszkóp ballonjának felfújásával, illetve alternálva a NaviAid ballon előretolás melletti felfújásával és visszahúzásával 140 cm-es eszköz-hosszig tudtuk az éber sedatio mellett a vizsgálatot elvégezni, a redőelek számolása alapján kb. 90 cm vezettük a műszert a Treitz szalag alá. A jejunumban kb. 30 cm-rel a Treitz szalag alatt egy 3 mm-es teleangiectasia látszott, amit argon plazmával (30 W, 2,2 l/min) koaguláltunk. Egy következő ülésben béltisztítást követően, propofolos altatásban retrograd enteroscopiát végeztünk, kb. 50 cm vékonybél került áttekintésre, a vizsgált ileum szakaszban és a colonban eltérést nem találtunk.

Az eset kapcsán bemutatjuk a vékonybél vizsgálatát célzó innovatív módszert, érintve előnyeit és hátrányait.

Vérzéscsillapítás a gasztrointesztinális traktusban

Szalai Milán, Szabó Andrea, Csöndes Mihály, Kárász Tibor, Dancs Nóra, Kovács Valéria, Kiss Gyöngyi, Lakó Klára, Vincze Lászlóné, Bábics Ildikó, Andorka Mihályné, Regőczy Henriett, Rácz István

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Győr, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia Osztály

Masszív vagy manifeszt gasztrointesztinális vérzés esetén a vérzésforrás felismerése mellett fontos a primer haemostasis elérése, az újravérzés és a műtét lehetősége szerinti elkerülése. Az elmúlt években a vérzéscsillapításra tucatnyi különféle modalitás vált elérhetővé a mindennapi gyakorlatban. Néhány eset kapcsán videóval és képanyaggal demonstráljuk az általunk leggyakrabban alkalmazott vérzéscsillapító eljárásokat.

A gasztrointesztinális traktus különböző területein négy eset bemutatásával ismeretjük a haemoclipp, az argon plazma coagulációs (APC) kezelés és a Hemospray sikeres alkalmazását.

Első esetünkben a gyomorban végzett polypectomia késői szövődményeként fellépő Forrest I/A stádiumú vérzés hemoclippes ellátását demonstráljuk.

A második esetben a Hemospray alkalmazását mutatjuk be diffúzan vérző gyomortumorban.

A harmadik felvétel obskurus gasztrointesztinális vérzés kapcsán kapszulás endoszkópiával igazolt multiplex vékonybél angiodysplasiák enteroscopiás APC kezelését mutatja be.

A negyedik esetismertetésben komplex kivizsgálással feltárt coecum AVM kombinált kezelését demonstráljuk.

A vérzéscsillapítás és endoszkópos vérzés megelőzés gazdag eszköztára biztonságos és hatékony fegyver az endoszkópos kezében.

Pancreas tumor diagnosztikai útvesztője – az endoszkópos ultrahang jelentősége

Szepes A., Gyimesi Gy., Hritz I., Madácsy L., Velkei T., Dubravcsik Zs.

Bács-Kiskun Megyei Kórház Gasztroenterológiai Osztály és OMCH Magyarország Kft.
Endoszkópos Laboratóriuma, Kecskemét

A 64 éves nőbeteget cholecytolithiasis, emelkedett májenzimek, hasi ultrahang vizsgálaton észlelt enyhe epeút tágulat és jobb bordaív alatti panaszok miatt vettük fel osztályunkra. Az elvégzett ERCP során az epeúti kövesség helyett pancreas tumorra utaló eltéréseket találtunk. Szöveti mintavételek és epeúti műanyag stent implantációt követően hasi CT vizsgálat történt, melynek során mindössze egy apró, 9 mm-es szöveti képletet észlelték a pancreas fej-test határon. Az epeúti kefecitológia és az intraductalis biopszia is negatív eredményt adott. Ezt követően az ellentmondó eredmények miatt elvégeztük az endoszkópos ultrahang (EUH) vizsgálatot és finomtű-aspirációt (FNA), mely igazolta a hasnyálmirigy adenocarcinomát.

Videó demonstrációkkal bemutatjuk az elvégzett vizsgálatok technikai részleteit és fel kívánjuk hívni a figyelmet az EUH és az EUH-FNA jelentőségére a pancreas tumorok diagnosztikájában.

Cholangioscopia ultravékony gastroscoppal

Vincze Á, Paulovicsné Kiss M, Gódi Sz

Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika

Az ultravékony endoszkóppal végzett direkt peroralis cholangioscopia előnye egyéb cholangioscopos módszerekhez képest a megszokott endoszkópos eszköz használat, a jó képminőség és a nagy munkacsatoma. A vizsgálatot egy endoszkópos vizsgáló el tudja végezni, alkalmas epeúti szűkületek, nem egyértelmű cholangiogramok, epeúti tumorok, hemobilia, lithotrypsia utáni maradék kövek értékelésére.

A korábban cholecystectomizált, több alkalommal epeelfolyási akadály miatt vizsgált, papillotomián és kőextrakción átesett 76 éves nőbeteg felvételére elzáródásos sárgaság és epeútyulladás, szepikus állapot miatt került sor. Urgens ERCP vizsgálata során tág papillotomiás nyílást, levegőt tartalmazó 20 mm-re tágult choledochust, gennyes epe ürülését észleltük. A choledochus intrapancreaticus szakaszán egy 15x25 mm-es telődési hiány látszott, lithotryptorral a követ megtörve több részletben eltávolítottuk, ballonkatéterrel a maradék kőtörmelékeltávolítottuk, antibiotikus öblítést alkalmaztunk. A beteg állapota gyorsan javult, icterusa megszűnt. Az előzmények, valamint a magas GGT és ALP értékek miatt cholangioscopiát végeztünk egy Olympus N180-as 4,9 mm átmérőjű, 2 mm-es munkacsatomájú, NBI funkcióval is rendelkező eszközzel. A duodenumban a papilláris régió könnyen vizualizálható volt a disztális végén csak két irányban hajlítható eszközzel, majd rotációs és angulációs manőverekkel sikerült a vékony gastroscopot a közös epevezetékbe felfeztetni és a hepaticus communist és a hilust is vizualizálni. Az epevezeték feltöltése vízzel jó látási viszonyokat biztosított. A vizsgálat során kőtörmelék és kisebb bilirubin kő is látótérbe került. Ezt követően ERCP, ballonkatéteres kőextrakció történt, a beteget ursodeoxycholsav tartós szedésének javaslatával panaszmentesen otthonába bocsátottuk.

Az ultravékony gastroscop könnyen használható eszköz cholangioscopia végzésére megfelelően tág epeutak esetén, jó képminősége apró eltérések értékelését is lehetővé teszi.

Nagy kiterjedésű rectosigmoidealis polyp eltávolítása két lépésben

Vincze Á, Szabó I, Paulovicsné Kiss Melinda

Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika

Az adenomatózus léziók egészben történő eltávolítása onkológiai szempontból fontos, azonban noninvázív adenomáknál a több részletben történt eltávolítás is alternatíva lehet, mert megfelelő endoszkópos követés mellett a kiújulás időben detektálható és endoszkóposan eltávolítható.

A 67 éves CABG műtét miatt duális antiagregáns kezelésben részesülő férfi 2014. januárjában gasztrointesztinális vérzés miatt került felvételre. Felső endoszkópos vizsgálat során erosiv gastritis, kis gyomorpolypp igazolódott. Kolonoszkópia során több kisebb adenomatosus polyp került eltávolításra. A rectosigmoidealis régióban egy 3 cm-t meghaladó, a körfogat felét érintő sessilis léziót láttunk, amely szövettani vizsgálat során súlyosan diszplastikus tubulovillosus adenomának bizonyult. Hasi CT vizsgálat bal oldali vesetumort igazolt, ennek műtéti kezelését követően döntöttünk a rectosigmoidealis lézió endoszkópos eltávolításáról.

A beavatkozást nagy felbontású, közeli fókusz és NBI funkcióval rendelkező eszközzel (Olympus CF-HQ190i) végeztük széndioxid inszuffláció mellett. A lézió NICE 2 kategóriába sorolható volt döntően Kudo IV felszíni mintázattal, egyik része azonban vérzékenységet, kis területeken Kudo V₁ mintázatú, szabálytalan kapilláris hálózátú (IIIA) volt. Az adenóma ezen eltéréseket tartalmazó részét, összességében mintegy kétharmadát patent kéket tartalmazó fiziológiás sóoldattal aláinjektálva hurkolásos módszerrel eltávolítottuk. Ezt követően a 4. napon LMWH kezelés mellett hematohesia jelentkezett, endoszkópos hemosztázist követően vérzése nem ismétlődött, transzfúziót nem igényelt. Az eltávolított lézió szövettani vizsgálata a vártakkal szemben csak enyhe fokú diszpláziát igazolt, ezért 3 hét eltelte után a visszamaradt, laposabb léziót távolítottuk el mukozektómiás technikával. A több részletben történt eltávolítás miatt 3-6 hónap között tervezzük a beteg kontroll vizsgálatát.

Nagyobb sessilis adenómák több részletben történt eltávolítását követően 20%-os rekurenciával kell számolnunk szemben az egészben történt eltávolítást követő 3%-os kiújulással. Ilyen esetekben a szövettani lelettől és a mérettől függően szoros endoszkópos követés szükséges, az erre vonatkozó ajánlások azonban még nem egységesek.

Esetbemutatók – technikai információ:

- » Bejelentett előadások időtartama: 7 perc, melyet 3 perc vita követ
- » Videó esetbemutatók időtartama: 7 perc, melyet 3 perc vita követ
- » Az előadások anyagát a szekció megkezdése előtt, illetve a szünetekben kérjük a technikusként leadni és kipróbálni.

Továbbképzési pontérték:

- » Orvosok: 34 pont
- » Szakdolgozók: 20 pont
- » Szakdolgozók részére az igazolás a kongresszust követően kerül ki-postázásra.

Kiállítás, kávészünet:

- » Tudásközpont 0. szint (Érkezési szint) és -1. szint (Parkoló szint)
- » A kiállítás megtekintéséhez és a kávészünethez a kongresszusi kitűző használata szükséges.

Szállás:

- » A szállások elfoglalása az érkezés napján 14.00-tól, kijelentkezés a távozás napján 11.00-ig.
- » Érkezéskor és távozáskor a szálláshelyek csomagszobát biztosítanak.
- » A szobaárak tartalmazzák a reggelit, valamint az idegenforgalmi adót.

Parkolás:

- » A szobaárak a parkolás díját nem tartalmazzák. A szállodák által meghatározott módon egyénileg fizetendő.
- » A Tudásközpontnál található parkoló a résztvevők számára térítésmentesen áll rendelkezésre.

Ebéd:

- » Tudásközpont –1. szint (Parkoló szint)
- » Ebédjegy átadásával vehető igénybe.

Vacsora:

- » Zsolnay Kulturális Negyed E78 Koncertterem
(7626 Pécs, Felsővámház u. 52.)
- » 2014. október 3. (péntek) 20.45
- » Vacsorajegy átadásával vehető igénybe.

Zsolnay Kulturális Negyed megközelítése:

gyalogosan – egyénileg:

a Tudásközponttól kb. 10–15 perc sétatávolságra

autóval – egyénileg:

ingyenes parkolási lehetőség a Zsolnay Negyed saját parkolójában

kisvonat – transzfer:

Indulás: 20.00-kor a Szinbád Panzió előtt

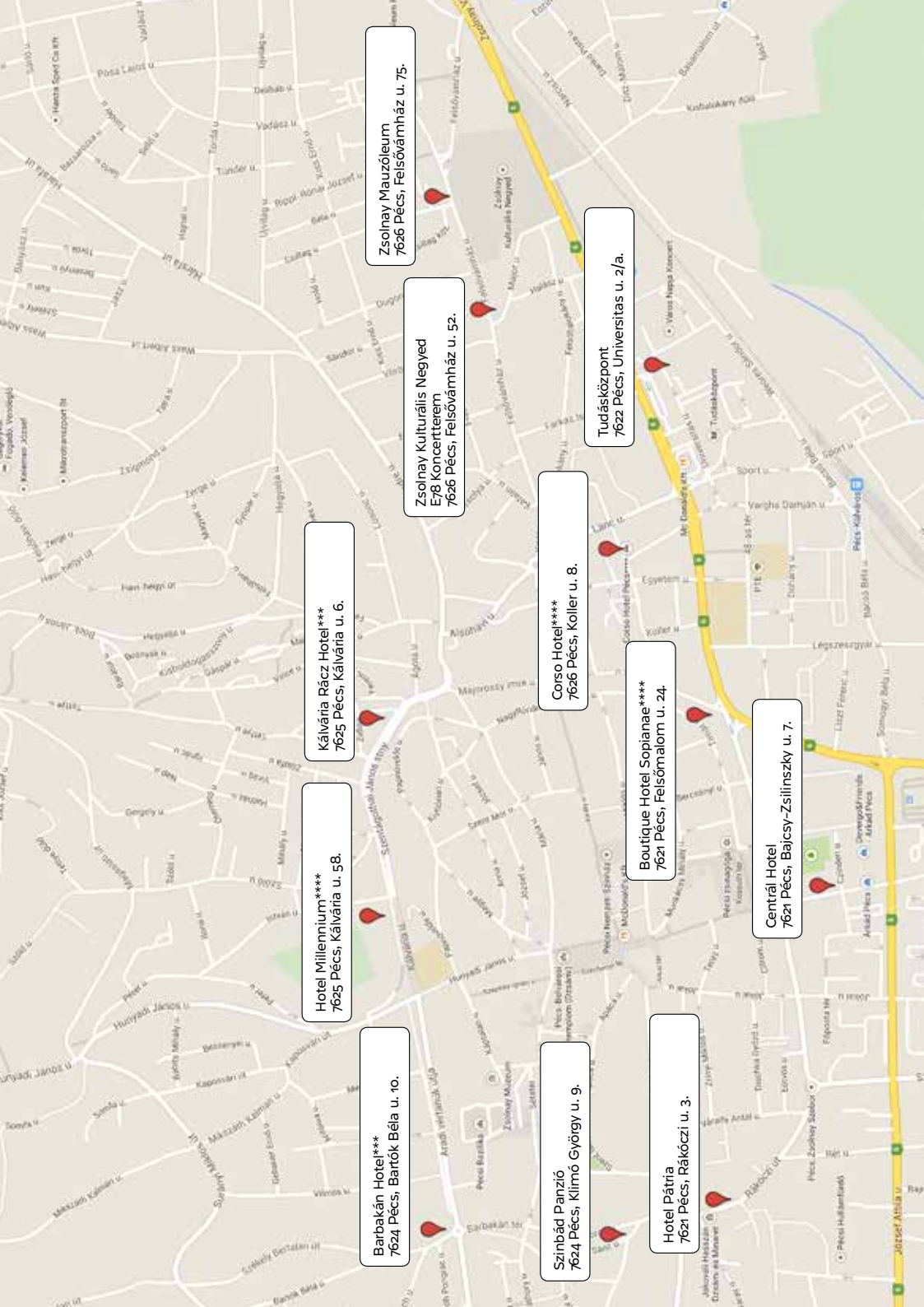
- » (útvonal: Szinbád Panzió – Barbakán Hotel – Hotel Millennium – Kálvária Rácz Hotel – Zsolnay Negyed – Major utcai bejárat)
- » Az egyes megállók között kb. 5 perc a menetidő, a későn érkezőket a vonatnak nem áll módjában bevárni.

Indulás: 20.30-kor a Corso Hotel főbejárata előtt

- » (útvonal: Corso Hotel – Zsolnay Negyed – Major utcai bejárat)

Fakultatív program:

- » Zsolnay Mauzóleum megtekintése idegenvezetővel
(7626 Pécs, Felsővámház u. 75.)
- » 2014. október 3. (péntek) 19.30
- » A program térítésmentesen vehető igénybe.
A részvételi szándékot regisztrációkor kérjük jelezni.
- » Érkezés: egyénileg



Zsolnay Mauzóleum
7626 Pécs, Felsővámház u. 75.

Zsolnay Kulturális Negyed
E78 Konferenciaterem
7626 Pécs, Felsővámház u. 52.

Tudásközpont
7622 Pécs, Universitas u. 2/a.

Corso Hotel****
7626 Pécs, Koller u. 8.

Boutique Hotel Sopianae****
7621 Pécs, Felsőmalom u. 24.

Centráli Hotel
7621 Pécs, Bajcsy-Zsilinszky u. 7.

Kálvária Racz Hotel***
7625 Pécs, Kálvária u. 6.

Hotel Millennium****
7625 Pécs, Kálvária u. 58.

Barbakán Hotel***
7624 Pécs, Bartók Béla u. 10.

Szinbád Panzió
7624 Pécs, Klimó György u. 9.

Hotel Pátria
7621 Pécs, Rákóczi u. 3.

Előrejelzés: a készletmennyiség határyaival vagy bármely seátdatumaival

2014.05.12

6/03/05/2014