

Továbbképző konferencia gyakorló orvosoknak, asszisztenseknek, nővéreknek

Szerda, 2006. február 8.

12.00	Regisztráció	
	A diffúz és gócos májbetegségek diagnosztikája	
14.00 – 16.00	I. Szekció	
	Elnök: <i>Csomós Géza, Görög Dénes</i>	
	Vírushepatitisek	(20 perc)
	<i>Lengyel Gabriella</i>	
	Védőoltással megelőzhető hepatitisek	(20 perc)
	<i>Kulcsár Andrea</i>	
	Alkoholos és nem alkoholos steatohepatitis	(20 perc)
	<i>Fehér János</i>	
	Cholestatikus májbetegségek	(20 perc)
	<i>Szalay Ferenc</i>	
	Májbetegségek laboratóriumi diagnosztikája	(20 perc)
	<i>Nagy István</i>	
16.00 – 16.30	K á v é s z ü n e t	
16.30 – 18.30	II. Szekció	
	Elnök: <i>Pár Alajos, Fehérvári Imre</i>	
	A hepatocelluláris carcinoma klinikuma	(20 perc)
	<i>Pár Alajos</i>	
	Radioinvasív módszerek a hepatocelluláris carcinoma terápiajában	(20 perc)
	<i>Englonek László</i>	
	Májátültetés időzítése	(20 perc)
	<i>Gerlei Zsuzsanna</i>	
	Hemodinamikai paraméterek vizsgálata hipoterm májtranszplantált betegeknél	(20 perc)
	<i>Tóth Szabolcs, Orgoványi Márta, Császár Veronika,</i> <i>Fazakas János</i>	
	Újabb májtranszplantációs lehetőségek	(20 perc)
	<i>Kóbori László</i>	
20.00	Welcome party	

A Magyar Májkutató Társaság tudományos kongresszusa

Csütörtök, 2006. február 9.

8.00	Regisztráció	
9.00 – 10.30	I. Szekció	
	Elnök: <i>Járay Jenő, Lengyel Gabriella</i>	
	A májtranszplantáció helyzete Magyarországon (15 perc)	<i>Járay Jenő</i>
	Új ismeretek a májtranszplantáció anesztéziájában és intenzív terápiájában (15 perc)	<i>Fazakas J., Ther Gábor, Mándli T., Árkosy M., Pap Sz., Hidvégi M., Füle B., Németh E., Tóth Sz., Gondos T., Bobek I., Radnai J., Hernold L., Forró M., Tóth T., Tóth M., Réti V., Horovitz P., Csaba O.</i>
	Cholestatikus májbetegségek kezelése transzplantációval (15 perc)	<i>Görög Dénes</i>
	Kombinált máj-vese transzplantáció Magyarországon (15 perc)	<i>Fehérvári Imre, Kóbori László, Nemes Balázs, Görög Dénes</i>
	A polimorf gyógyszermetabolizmus okai és következményei (15 perc)	<i>Monostory Katalin, Vereckey László, Kóbori László</i>
	A májgraft túlélést befolyásoló tényezők (15 perc)	<i>Kóbori László, Sárváry Enikő, Lakatos Márta, Nemes Balázs, Fehérvári Imre, Görög Dénes, Fazakas János, Varga Marina, Gerlei Zsuzsanna, Lengyel Gabriella, Fehér János, Járay Jenő, Vereckey László, Monostory Katalin</i>
10.30 – 11.00	K á v é s z ü n e t	
11.00 – 13.00	II. Szekció	
	Elnök: <i>Fehér János, Kóbori László, Fazakas János</i>	
	Exploring the clinical potential of hepatocyte transplantation (20 perc)	<i>M. Ott, A. Schneider, M. Attaran, M.P. Manns</i>
	Production of Human-Liver-Cell-Medicinal-Product under good manufacturing conditions (20 perc)	<i>W. Rüedinger</i>
	Akut májelégtelenség kezelése (20 perc)	<i>Kóbori László, Gerlei Zsuzsanna, Sárváry Enikő, Nemes Balázs, Fazakas János, Fehérvári Imre, Görög Dénes, Járay Jenő, Vereckey László, Monostory Katalin</i>
	Biochemical and free radical parameters in liver transplantation (20 perc)	<i>Sárváry Enikő, Nemes Balázs, Gerlei Zsuzsa, Fazakas János, Doros Attila, Czabai Gábor, Fehérvári Imre, Sulyok Bea, Blázovics Anna, Pallai Zsolt, Varga Marina, Monostory Katalin, Lakatos Márta, Borsodi Etelka, Járay Jenő, Fehér János, Kóbori László</i>
	Evaluation of liver function for hepatic resection (20 perc)	<i>Fazakas János</i>
	Jóindulatú epeúti szűkületek invazív radiológiai kezelése (20 perc)	<i>Doros Attila</i>
13.00 – 14.30	E b é d s z ü n e t	

14.30 – 16.00

III. Szekció**Roche Symposium****„Hoztam egy esetet...” – interaktív kazuisztikai fórum**Moderátor: *Hunyady Béla*

Saját tapasztalataim standard és pegilált interferonokkal krónikus C-hepatitises betegek kezelésében

Ibrányi Endre

Antivirális kezelés mellett kialakult szekunder aplasztikus anémia

Werling Klára, Sréter Lídia, Tulassay Zsolt

Krónikus hepatitis C pegilált interferon - ribavirin kezelése kapcsán kialakult immunológiai mellékhatások

Hunyady Béla

Három férfi és egy eset...

Lombay Béla

Ribavirin okozta bőrtünetekkel járó eseteink tanulságai

Nemes Zsuzsa

A vírushepatitisek interferon-ribavirin kezelésének dermatológiai mellékhatásai

*Podányi Beáta***Diskusszió****A Roche (Magyarország) Kft. által alapított Pegasus-díj átadása**

16.00 – 16.30

K á v é s z ü n e t

16.30 – 18.30

IV. Szekció**Schering-Plough Symposium****Dávid Károly Díj átadás**

20.00

Kulturprogram

21.00

Gálavacsora

Péntek, 2006. február 10.

8.00	Regisztráció	
8.30 – 10.15	V. Szekció	
	Korszerű képkötő vizsgálatok a hepatológiában.	
	Moderator: <i>Engloner László</i>	
	Üléselnökök: <i>Engloner László, Jakab Ferenc, Lázár István</i>	
	Gócos májbetegségek (15 perc)	<i>Schaff Zsuzsa</i>
	Újabb ultrahang módszerek gócos májbetegségekben (15 perc)	<i>Harkányi Zoltán</i>
	A multislice CT vizsgálatok ismertetése és értékelése (15 perc)	<i>Batthyány István</i>
	MR vizsgálatok indikációja és kivitelezése máj tumorokban (15 perc)	<i>Palkó András</i>
	Molekuláris képkötés. Máj-specifikus MR kontrasztanyagok (15 perc)	<i>Lombay Béla</i>
	Csatlakozó előadás:	
	MR cholangiográfiával szerzett kezdeti tapasztalataink (15 perc)	<i>Nagy Géza, Lombay Béla sr., Sümegei János, Lombay Béla jr., Orosz Péter</i>
10.15 – 10.45	K á v é s z ü n e t	
10.45 – 12.30	VI. Szekció	
	Üléselnökök: Doros Attila, Gődény Mária, Lombay Béla (15 perc)	
	A májtumorok imaging vizsgálatának algoritmusos terápia előtt (15 perc)	<i>Gődény Mária</i>
	Hogyan befolyásolják a staging meghatározások a terápia algoritmusokat máj tumorokban (15 perc)	<i>Engloner László</i>
	A staging és az intraoperatív restaging befolyása a választandó műtéti technikára (15 perc)	<i>Jakab Ferenc</i>
	Imaging technikák értéke a perkután tumor ablációkban (15 perc)	<i>Péter Mózsa</i>
	A májtumorok kezelésének eredményességét milyen szempontok alapján ítéljük meg a képkötő vizsgálatok kiértékelésénél? (15 perc)	<i>Doros Attila</i>
	Változások, eredmények a TIPS-hez alkalmazott stent-graftok elterjedésével (15 perc)	<i>Lázár István</i>
	Az onkológiai gondozás eszközei (15 perc)	<i>Sréter Lídia</i>
12.30 – 14.00	E b é d s z ü n e t	

14.00 – 15.00	VII. Szekció	
	Medicons–Falk Symposium	
	A cholestatikus májbetegségek terápiája	
	Elnök: <i>Fehér János, Csomós Géza</i>	
	A PBS és PSC korszerű terápiája (25 perc)	<i>Szalay Ferenc</i>
	A HCV fertőzés és a cholestatikus májbetegségek (25 perc)	<i>Lengyel Gabriella</i>
	Kérdések, vita, ajánlások	
15.00 – 15.30	K á v é s z ü n e t	
15.30 – 18.30	VIII. Szekció	
	Elnök: <i>Hunyady Béla, Schaff Zsuzsa</i>	
	Krónikus vírushepatitisek antivirális kezelésének hazai tapasztalatai 1998–2004. Előzetes adatok (25 perc)	<i>Pár Alajos, Szalay Ferenc és Hepatitis Centrumok Munkacsoportjai: Bali I. (Szekszárd); Bányai T. (Gyula), Dalmi L., Tornai I. (Debrecen); Fehér J., Horváth G., Ibrányi E., Lengyel G., Makara M., Nemesánszky E., Pap Á., Schuller J., Telegdy L., Tolvaj Gy., Werling K. (Budapest); Hunyady B. (Pécs); Kissik I. (Eger); Nagy I. (Szeged); Oszvár Zs. (Székesfehérvár); Rácz I. (Győr); Ribiczey P. (Zalaegerszeg); Schneider F. (Szombathely); Szentgyörgyi L. (Tatabánya), Váczi Zs. (Miskolc); Varga M. (Békéscsaba); Velősy B. (Kecskemét); Tusnádi A. (Szolnok)</i>
	A pegilált interferon készítmények biztonságossága hepatitis C vírus indukálta májcirrhosisos betegekben (15 perc)	<i>Gasztonyi Beáta, Pár Gabriella, Pár Alajos, Csermely Lajos, Vincze Áron, Hunyady Béla</i>
	Predictív tényezők a korai és késői vírus válasz elérésében chronicus C vírus hepatitis 1b genotípusában (15 perc)	<i>Lombay Béla ifj., Váczi Zsuzsanna</i>
	A fulmináns hepatitis plazmaferézis kezelésével szerzett tapasztalataink (15 perc)	<i>Schuller János, Réti Mariann, Tremmel Anna, Ludányi Andrea, Benkő Zsuzsa, Újhelyi Enikő, Szőnyi László, Telegdy László</i>
	Háromdimenziós ultrahang diagnosztika a hepatológiában (15 perc)	<i>Székely György</i>
	Májmetasztázis adó carcinoid tumorok kezelése (15 perc)	<i>Szilvás Ágnes, Székely György, Szilvási István, Jakab Ferenc</i>
	State of the art előadás:	
	Hepatitis C vírusfertőzés kezelése májtranszplantáció előtt és után (15 perc)	<i>Lengyel Gabriella</i>
20.00	K u l t ú r p r o g r a m	
21.00	V a c s o r a	

Február 11. Szombat**8.30 Regisztráció****9.00 – 10.30 IX. Szekció**Elnök: *Pár Alajos, Szőnyi László*

Az alkoholos hepatitis patológiája, hisztológiai jellegzetességei (10 perc)

Hegedűs Géza

A májbiopszia szerepe az autoimmun hepatitiszek diagnosztikájában (10 perc)

Szabó Zsuzsanna

Different Response of Hepatic Stellate Cells and (10 perc)

Hepatic Myofibroblasts to TGFB1 Exposure

*Firneisz Gábor, Dudás J., Szarvas T., Sári E., Lengyel G.,
Tulassay Zs., Fehér J., Ramadori G., Kovalszky I.*

Hepatocelluláris carcinoma 35 év alatti felnőttekben (10 perc)

Horváth Andrea, Folhoffer A., Csák T., Osztoivits J., Szalay F.

Kiegészítő kezelés Avemarral az onkoterápiában (10 perc)

Hidvégi Máté

Három generációban halmozódó polycystás máj és vesebetegség (10 perc)

Hagymási Krisztina, Lengyel Gabriella, Ferenczy András, Fehér János

Wilson kór késői diagnózisa anti-parkinson kezelés és szuicid (10 perc)

kísérlet után. Colitis ulcerosával társult eset

*Folhoffer Anikó, Csák Tímea, Horváth Andrea, Osztoivits János,
Fuszek Péter, Zacher Gábor, Szalay Ferenc*

Ecstasy tabletta által okozott akut cholecystastikus hepatitis (10 perc)

*Osztoivits János, Csák Tímea, Folhoffer Anikó, Horváth Andrea, Ónodi Livia,
Szalay Ferenc***10.30 – 11.00 K á v é s z ü n e t****11.00 – 13.00 XII. Szekció**Elnök: *Szalay Ferenc, Nemesánszky Elemér*

PiMZ heterozigota állapot gyermekkori májbetegségekben (10 perc)

Szőnyi L., Dezsőfi A.

CMV-infekció profilaxis májtranszplantációt követően (10 perc)

*Varga M., Kóbori L., Görög D., Gerlei Zs., Fehérvári I.,
Nemes B., Sárvány E., Gálffy Zs. és Járny J.*

Hepatitis C vírus fertőzés és bőrbetegségek (10 perc)

Podányi Beáta

A hepatitis egészségügyi jogi megközelítése - orvosi esetei (10 perc)

Bálint Tamás, Lengyel Gabriella, Fehér János

Ursodeoxycholsavval sikeresen kezelt granulomás hepatitis (10 perc)

*Németh Eszter, Lengyel Gabriella, Schaff Zsuzsa,
Pécsi Gyula, Fehér János*

Xanthomatosis és extrém hypercholesterinaemia laparaszkoos (10 perc)

cholecystektomia után teljes reverzibilitás a iatrogén szűkület műtéti

megoldását követően

*Csák Tímea, Folhoffer Anikó, Horváth Andrea, Osztoivits János,
Görög Dénes, Kóbori László, Szalay Ferenc*

Metadoxin hatása ischemia-reperfúziós károsodást szenvedett (10 perc)

májszövetben, besugárzást követően

*Drahos Ágnes, Váli László, Sárdy Márta, Dám Annamária,
Fehér János, Blázovics Anna*Malignus májtumort utánzó, excessiv terjedést mutató echinococcus (10 perc)
multilocularis infectio esete*Patonai Attila, Werling Klára, Jakab Zsuzsa, Horváth Andrea,
Görög Dénes, Fehérvári Imre, Fiile Balázs, Nagy Péter, Tulassay Zsolt***13.00 Díjátadások****Pro Hepatológia Érem kitüntetés átadása****A Májkutatási Alapítvány „Székelyhidi Miklós emlékére alapított díj” átadása****A Májkutatási Alapítvány által felajánlott egy éves Orvosi Hetilap előfizetés díjazottainak jutalmazása.****A konferencia zárása**

A HEPATITIS EGÉSZSÉGÜGYI JOGI MEGKÖZELÍTÉSE - ORVOSI ESETEI

Bálint Tamás, Lengyel Gabriella, Fehér János

Máj kutatási Alapítvány

A hepatitis (különös tekintettel a krónikus vírus hepatitis C /HCV/-re) jogi megközelítése eddig még nem kellően feltárt, nyitott interdiszciplináris fórum elé most kerül először.

A májbetegségek, hepatitiszek patogenetisével és terápiájával foglalkozó ún. „hepatológia” - mint lassan önálló szakág - önmagában is jelentős transzdiszciplináris jellegű mutató, hiszen több (alapkutatás, klinikum) ellátási, gondozási területet ötvöz. A „hepatitis és jog” viszonya azért speciális, mert kapcsolatuk leginkább a természet- és társadalom- tudomány metszetében fogalmazható meg, az az ún. „egészségügyi jogként” megnevezett területen reprezentált.

Mindez nem jelenti azt, hogy a „hepatitis és jog” ne lenne ezer szállal egymáshoz kötve. Példálódzó jelleggel indokolva az állítást: Kevésbé ismert tény, hogy 1989-ben Choo és társaitól a Science-ben megjelent - immár a „HCV-t” felfedező, azt jellemző - cikkét időben jóval megelőzőt egy polgári jogi (iparjogvédelmi) aktus, a szabadalmaztatás, ami így együtt már új hepatitisz korszakot nyitott meg! Kézenfekvőbb gyakorlati példa az, ha a szakma szabályai szerint kivizsgált betegnek az orvosi vényre (társadalombiztosítási utalványra) megfelelő gyógyszert írt fel szakorvosa, aminek kiváltását - szakszóval élve - pl. „külön keretből” biztosította a társadalombiztosítás a beteg számára. „Hepatitis és jog” tárgykörének bizonyos részleteivel (Dr. Sándor Judit jogász, Dr. Dósa Ágnes orvos-jogász) már foglalkoztak, 2003-ban a hepatitis bizonyos egészségügyi jogi kapcsolódásait jogi egyetemi szakdolgozat is érintette. A téma naponta gazdagodik.

Jelen előadást „adatbázis kutatási módszer” alkalmazásával építettük föl. Egyrészt az előttünk előadók témájához rendeltünk hozzá jogszabályi háttere, illetve a HCV-hez köthetően jogszabályokat (és/vagy az állami irányítás egyéb jogi eszközeit, stb.) kapcsolunk össze. „Jogi mérőkövetkezők / időpontokat” nevezünk meg, érintjük a 2005 október 30.-án hatályba lépő új gyógyszer kódexet. Elemizzük pl. a sok szempontból sarokkönek számító 18/1998. (VI. 3.) NM rendeletet „Munkaköri korlátozások közegészségügyi-járványügyi érdekből” 31. §(4), ami a krónikus hepatitis B és hepatitis C vírus hordozó egészségügyi dolgozó munkájában megtiltja a fokozott expozíciós kockázattal járó invazív beavatkozás további folytatását.

Rövid esetismertetésben kitérünk olyan peresített eljárásokra, amikor például orvosi foglalkozási betegségként a rekvirált HCV fertőzés a munkáltatójának keletkeztette kártérítési kötelezettségét, a „BH 2000/100, (Legf. Bír. Pfv. III. 23 817/1998. sz.)” ami egy 1984 évi nőgyógyászati műtét után megkapott transzfúzió során kialakult fertőző májgyulladás miatti kártérítési esetet. Említjük többek között a „PKKB 12. P. 90 172/1998, Fővárosi Bíróság „Pf.../2000.” hemofiliás pertársaság kártérítési esetét, majd a 1035/2002 (IV.12) Kormány határozatot a 1093/2000. (XI. 24.) Korm. Határozat módosításáról a „stabil vérkészítménytől HCV vírussal megfertőződött veleszületett vérzékenységekben szenvedő állampolgárok egységes állami kártalanításáról”.

Az esetleges várokozással ellentétben nem képzünk témánkat a HCV-vel kapcsolatos orvosi tevékenységhez köthető forenzikus rizikó büntetőjogi tárgyalása, és az azzal kapcsolatos (+/-) deffenzív medicina gyakorlatának jogi megközelítése.

A MULTISLICE CT VIZSGÁLATOK ISMERTETÉSE ÉS ÉRTÉKELÉSE

Batthyány István dr.

XANTHOMATOSIS ÉS EXTRÉM HYPERCHOLESTERINAEMIA LAPAROSZKÓPOS CHOLECYSTECTOMIA UTÁN. TELJES REVERZIBILITÁS A IATROGÉN SZŰKÜLET MŰTÉTI MEGOLDÁSÁT KÖVETŐEN

Csák Tímea¹, Folhoffer Anikó¹, Horváth Andrea¹, Osztoivits János¹, Görög Dénes², Kóbori László², Szalay Ferenc¹

¹I.sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest; ²Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

Bevezetés: Az extrahepatikus cholestasis okozta hypercholesterinaemia jól ismert, azonban a rövid idő alatt kialakult xanthomatosis és extrém fokú hypercholesterinaemia ritka. Laparoszko-

cholecystectomiát követően az esetek mindössze 4%-ában lép fel szövődmény, azonban a iatrogén epeúti sérülések gyakorisága nagyobb, mint hagyományos műtétéknél.

Esetismertetés: A 32 éves nőbetegben számos apró kő miatt laparoscopos cholecystectomy történt. A posztoperatív szakban jelentkező epefolyás konzervatív kezelés közben megszűnt. Fél évvel később bőrvizsgálat, fokozatosan emelkedő bilirubin szint, cholestasis szindróma (szérum bilirubin: 184,8 /143,6 umol/l; ALP: 4713 U/l; GGT 1274 U/l), valamint néhány hónap alatt az egész testre terjedő xanthomatosis alakult ki. Extrém fokú hypercholesterinaemia (92,3 mmol/l) mellett a triglycerid csak kis mértékben volt emelkedett (5,3 mmol/l). Bár az ultrahang és a cholangio-MR nem mutatott jelentős epeúti tágulatot, az ERCP vizsgálat a ductus cysticus magasságában 2 mm hosszú, hajszálvékony szűkületet igazolt. A PBC és PSC lehetősége az immunológiai vizsgálatok (AMA-M2 és ANCA negatív) alapján kizárható volt. Mivel a betegben az első és második terhessége során mérsékelt cholestasis jelentkezett, felmerült, hogy az epekővésség mellett veleszületett transzportzavar is hozzájárulhatott a jelentős hypercholesterinaemiához. Laparotómia útján végzett choledochojunostomiát követően a beteg tünet- és panaszmentessé vált, a xanthomák fokozatosan megkisebbedtek, majd eltűntek, az extrém magas koleszterin szint normális lett (92,3-57-23,2-13,4-4,5 mmol/l). A kezdődő szekunder biliáris cirrhosisra utaló laboratóriumi adatok is a normális tartományba kerültek (albumin: 29 – 51 g/l). A beteg koleszterin antitest szintje a cholestasis idején mérhetően alacsony volt, a cholestasis megszűnését követően elérte (23,5 AU/ml) az egészségesekben mért értéktartományt.

Konklúzió: Az eset példa arra, hogy a laparoszko- pos cholecystectomy epeúti szűkületet okozhat. Az epeúti sérülés korai szövődményeként kialakult epecsorgás előre jelezheti a késői szűkületet. Az extrahepatikus cholestasis következtében kialakult szekunder xanthomatosis és extrém hypercholesterinaemia reverzibilis lehet, csakúgy, mint a szekunder biliáris cirrhosisra utaló laboratóriumi adatok. A hypercholesterinaemia extrém foka miatt lipoprotein- ill. transzport mechanizmus zavara is felmerült, de az eddigi vizsgálatok ezt nem bizonyították.

JÓINDULATÚ EPEÚTI SZŰKÜLETEK INVAZÍV RADIOLÓGIAI KEZELÉSE

Doros Attila dr.

A MÁJTUMOROK KEZELÉSÉNEK EREDMÉNYESSÉGÉT MILYEN SZEMPONTOK ALAPJÁN ÍTÉLJÜK MEG A KÉPALKOTÓ VIZSGÁLATOK KIÉRTÉKELÉSÉNél?

Doros Attila dr.

METADOXIN HATÁSA ISCHEMIA-REPERFÚZIÓS KÁROSODÁST SZENVEDETT MÁJSZÖVETBEN, BESUGÁRZÁST KÖVETŐEN

Drahos Ágnes¹, Váli László², Sárdy Márta¹, Dám Annamária¹, Fehér János²,

Blázovics Anna²

¹Országos „Frédéric Joliot-Curie” Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Kutató Intézet, ²Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika

Bevezetés: Májműtétet követően szükség lehet a máj terápiás célú besugárzására különféle malignus kórképeknél. A legfontosabb dózist limitáló paraméter a sugárzás okozta májkárosodás.

A májműtét kapcsán fellépő ischemia-reperfúzió és a besugárzás hatására egyaránt keletkező reaktív oxigén szabad gyökök az ép májszövet károsodását okozhatják. A metadoxin antioxidáns tulajdonságait korábban igazolták alkoholos és egyéb szabad gyökök és oxidatív stressz okozta májbetegségekben.

Jelen vizsgálatainkban a metadoxin hatását tanulmányoztuk ischemia-reperfúzió után az állatok májszövetében in vitro besugárzást követően.

Módszerek: Metadoxinnal 10 napig (200 mg/ttkg, 10 napig) kezelt és kezeletlen hím Wistar patkányokat operáltunk. A máj ischemia narkózisban 45 percig tartott. A kezelés után 24 órával az állatokat leöltük, a kivézetetett májszövetet izotóniás sóoldatban mostuk, homogenizáltuk, és -20 °C-

on tároltuk a további feldolgozásig. A homogenizátumok egy részét 0 °C-on 6 Gy 60Co gamma besugárással tovább kezeltük. A májszövetben az antioxidáns státusz jellemzésére vizsgáltuk az össz-scavenger kapacitást, redukálóképességet, SH-csoport koncentrációt és a H-donor aktivitást.

Eredmények: A májban ischemia-reperfúzió hatására a kemilumineszcens fényintenzitás megnőtt, és az általános antioxidáns paraméterek csökkentek. Besugárást követően a májban leginkább a H-donor aktivitás csökkenése volt jellemző. Additív hatást tapasztaltunk elsősorban a H-donor aktivitás csökkenésében ischemia-reperfúzió után besugárással hatására. Metadoxin kezeléssel a sejtbeli antioxidáns paraméterek javulását tudtuk elérni.

Következtetések: Az ischemia-reperfúzió és a besugárással hatása egyaránt hatott a máj antioxidáns rendszerére, amelyet az antioxidáns kezeléssel részben sikerült kivédeni. A kutatásokat a NKFP 1B/047/2004 támogatta.

RADIOINVASIV MÓDSZEREK A HEPATOCELLULÁRIS CARCINOMA TERÁPIÁJÁBAN

Englonek László prof. dr.

HOGYAN BEFOLYÁSOLJÁK A STAGING MEGHATÁROZÁSOK A TERÁPIÁS ALGORITMUSOKAT MÁJ TUMOROKBAN

Englonek László prof. dr.

EVALUATION OF LIVER FUNCTION FOR HEPATIC RESECTION

J. Fazakas

Semmelweis Medical University, Transplantation and Surgical Department,
1082 Budapest, Baross 23., Tel: +36-1-267-6000, Fax: +36-1-317-2166; E-mail: fj1@freemail.hu

New limits were set up in decreasing mortality and morbidity rates after liver resection in cirrhotic and non-cirrhotic patients. The lack of the randomised controlled trials, the use of different additional staging systems, the difference between definitions of postoperative hepatic failure lead to confusion regarding the hepatic resection. A careful preoperative evaluation of liver function is mandatory for the assessment of resectability but the available routine laboratory tests reflect only individual facts about liver injury, synthetic capability, or pre-existing disease and are not able to identify patients with marginal liver function who will not tolerate the planned resection.

The data of applied Child-Pugh score to determine mortality after hepatic resection are quite variable usually predict 3-8% mortality in Child A patients, and 16-25% in Child B patients. Various laboratory data and imaging techniques are used to complete the Child-Pugh score to predict liver failure after hepatectomies and to assess the functional hepatic reserve. The greatest experiences are with aminopyrin breath test and galactosyl elimination capacity which decreased the incidence of hepatic failure after liver resection however they could not totally exclude it. The indocyanine green retention test is the most widely used clearance test, nevertheless it remains imperfect because it depends both on hepatic blood flow and on functional capacity of the liver. Nuclear imaging of the asialoglycoprotein receptors with radio labelled synthetic asialoglycoproteins provides volumetric information as well functional assessment of the liver.

In summary while the liver function is so complex, a successful liver test to assess quantitative functional hepatic reserve is still to be established. The combination of following: Child-Pugh score, evaluation of presence of ascites, serum bilirubin levels, indocyanine green retention (ICG R15) value, remnant liver CT volumetry seems to be safe to avoid liver failure after hepatic resection. In cases when ICG R15 is above 15%, they should be combined with portal vein embolization. If there is no possibility to perform ICG clearance test, it should be replaced with other available well experienced dynamic liver function test.

ÚJ ISMERETEK A MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ ANESZTÉZIÁJÁBAN ÉS INTENZÍV TERÁPIÁJÁBAN

Fazakas J., Ther G., Mándli T., Árkosy M., Pap Sz., Hidvégi M., Füle B., Németh E., Tóth Sz.

Gondos T., Bobek I., Radnai J., Hernold L., Forró M., Tóth T., Tóth M., Réti V., Horovitz P., Csaba O.
Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika

A májátültetések során szerzett tapasztalataink ill. az újabb nemzetközi irodalmi adatok alapján nyert ismereteink következtében több fontos ponton változott betegeink perioperatív kezelése az elmúlt 3-4 évben. Az ambulancián figyelmet fordítunk a MELD scorra, rutinszerűen szűrjük betegeinket a hepato-pulmonális, porto-pulmonális és hepato-renalis szindrómára, értékeljük a koagulációs státust, az esetleges intraoperatív CVVH, biopumpa igényt, a különféle immuntherápiák műtét alatti alkalmazásának szükségességét (Pentaglobin, Biseko). Közvetlenül műtét előtt a beteg ismételt felmérése történik a fenti szempontok alapján. Intraoperatív különös figyelmet fordítunk a hypothermia megelőzésére/kezelésére a haemodinamikai és koagulációs következmények és az ezzel együtt járó szövődmények kivédése céljából. Nem saját vérrrel, hanem albuminnal mossuk át a graftot a keringésbe történő bekapcsolás előtt, részben ennek PCT release redukálásában játszott szerepe miatt. Graft reperfúzió utáni szoros koaguláció követkecsünknek, a fiziológiást a korábinál jobban közelítő antikoagulációs gyakorlatunknak és a graft perfúzió optimalizálásának is tulajdonítható az art. hepatica trombózisok visszaszorulása. A főleg graft eredetű sejtsejtéséből adódó szokottnál nagyobb mennyiségű necrotikus szövettörmelék kiszűrése érdekében a károsodott funkciójú vese (HRS) kímélése és a SIRS-MODS-MOF irányú mielőbbi leállítása céljából – sok esetben korai vesepótló kezelést indítunk, az emelkedett posztoperatív vérzés kockázatát mérlegelve és minél inkább tompítva az ezzel járó koagulációs ingadozásokat.

Álláspontunk szerint a fenti változtatásoknak is tulajdonítható, hogy az utóbbi években a májtranszplantációs program sikeresebb Magyarországon.

ALKOHOLOS ÉS NEM ALKOHOLOS STEATOHEPATITIS

Fehér János prof. dr.

Semmelweis Egyetem, ÁOK., II. Belklinika, Budapest

KOMBINÁLT MÁJ-VESE TRANSZPLANTÁCIÓ MAGYARORSZÁGON

Fehérvári Imre, Kóbori László, Nemes Balázs, Görög Dénes

SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A kombinált máj és vesetranszplantáció (KLT) megfelelő és elvárható kezelési lehetőség mindazon betegek számára, akik kimerítették a krónikus végstádiumú májbetegség kritériumait így májátültetések indokolt, de előrehaladott betegségük már jelentős vese-érintettséggel is jár. A szerzők három KLT esetüket ismertetik, ahol a betegek sikeres rehabilitációja mindennapi életükhöz való visszatérést lehetővé tette.

1. eset: A 47 éves férfibeteg anamnesisében 1993-ban nephrosis miatt cyclophosphamid kezelés, majd 1994-ben biopsiával igazolt membranoproliferatív glomerulopathia szerepel. Icterus és emelkedett transzamináz értékek miatt végzett vizsgálatok során előbb szerológiai, majd PCR vizsgálattal hepatitis C pozitívítás igazolódott. 1994-ben 15 hónapig, majd 1996-ban 10 hónapig kapott Intron A kezelést (3x3 millió E/ hét, illetve 3x5-2,5 millió E hét) monoterápiaként. A kialakult membranoproliferatív nephropathia miatt veseműködése beszűkült, predialízis állapotába került.

2. eset: A 45 éves férfibeteg anamnesisében 1996 óta nephrologia gondozás szerepel biopsiával igazolt glomerulonephritis miatt. Májbetegsége 1998-tól ismert, melynek hátterében ALD állt. Szociális hátterének rendezését követően 2 éve absztinens, de parenchímásan decompensálódott májműködése miatt ismételt hospitalisatioi történtek, emellett átmenetileg vesepótló kezelésre szorult.

3. eset: 11 éves gyermek anamnesisében 3 éves korban glomerulosclerosis, 5 éves korban fibrosis igazolódott. 10 éves korában TIPS implantatio portalis hypertensio miatt. 11 éves korában kombinált máj-vese transzplantáció történt.

Eseteink kapcsán át kívánjuk tekinteni a KLT irodalomban közölt kritérium rendszerét és mindazon gondokat, melyekkel a műtétek során szembe kellett néznünk.

DIFFERENT RESPONSE OF HEPATIC STELLATE CELLS AND HEPATIC MYOFIBROBLASTS TO TGFB1 EXPOSURE

Firneisz Gábor, Dudás J., Szarvas T., Sári E., Lengyel G., Tulassay Zs., Fehér J., Ramadori G., Kovalszky I.

WILSON KÓR KÉSŐI DIAGNÓZISA ANTI-PARKINSON KEZELÉS ÉS SZUICID KÍSÉRLET UTÁN. COLITIS ULCEROSÁVAL TÁRSULT ESET

Folhoffer Anikó¹, Csák Tímea¹, Horváth Andrea¹, Osztoivits János¹, Fuszek Péter¹, Zacher Gábor², Szalay Ferenc¹

¹Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika

²Föv. Önk. Péterfy S. utcai Kh. Sürgősségi Belgyógyászat és Klinikai Toxikológiai Osztály

Esetismertetés: A 33 éves sportmenedzser, aki 26 éves kora óta colitis ulcerosában szenvedett, és akit három éve Parkinson szindróma miatt kezeltek, öngyilkossági szándékkal hypot ivott. Életét sikerült megmenteni. A gondos anamnézis felvétel kapcsán kiderült, hogy 13 éves korában kóros májadatokat észleltek, de az eltérés oka nem derült ki. Az aktív sportolást fokozódó mozgáskoordinációs zavarok miatt abba kellett hagynia.

A májadatok kórosságát a mozgásrendszeri tünetek jelentkezésekor is észlelték, de az etiológia ekkor sem került felismerésre, az eltéréseket alkoholfogyasztással magyarázták. A beteg a szuicid kísérlet után került klinikánkra. A típusos anamnézis, a klinikai kép, az alacsony caeruloplasmin szint, a Kayser-Fleischer gyűrű pozitívitás alapján diagnosztizálni lehetett a Wilson kórt, amit a génmutáció vizsgálata (H1069Q homozigóta) megerősített.

D-penicillamin kezelés megkezdését követően fokozatos javulás kezdődött. Egy évvel később májadatái már teljesen normálisak voltak, a neurológiai tünetek igen sokat javultak, pszichésen konszolidált, visszatért a munkába, megnősült. Egészséges gyermekük született, aki csupán hordozza az egyik allélen a Magyarországon leggyakoribb H1069Q génmutációt.

Az eset további érdekessége a colitis ulcerosa és májbetegség együttes előfordulása. A WD kezelésében második vonalbeli szernek számító cink-szulfát kezelés mindkét betegség szempontjából előnyös lehet, azonban esetünkben cinkkezelés önmagában nem bizonyult elegendőnek.

Üzenet: A Wilson betegséghez társuló emocionális labilitás öngyilkossághoz vezethet. Minden tisztázatlan májbetegség hátterében gondolni kell Wilson kórra. Esetünkben a helyes diagnózis előtt már 20 évvel korábban megvoltak a betegségre utaló jelek. Wilson kór és colitis ulcerosa együttes előfordulásáról eddig egyetlen közlemény jelent meg. Gyermekvállalás előtt a házastárs genetikai vizsgálata szükséges.

A PEGILÁLT INTERFERON KÉSZÍTMÉNYEK BIZTONSÁGOSSÁGA HEPATITIS C VÍRUS INDUKÁLTA MÁJCIRRHOZISOS BETEGEINKBEN

Gasztonyi Beáta¹, Pár Gabriella¹, Pár Alajos¹, Csermely Lajos², Vincze Áron³, Hunyady Béla¹

¹Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar, I. sz. Belgyógyászati Klinika, ²Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati osztály, Zalaegerszeg, ³Tawam Hospital, Al Ain, Egyesült Arab Emírátsok

Bevezetés: A szerzők a Pécsi Tudományegyetem I. sz. Belgyógyászati Klinikáján és az Al Ain-i (Egyesült Arab Emírátsok) Tawam Hospitalben kezelt krónikus hepatitis C vírus (HCV) fertőzött májcirrrosisos betegek pegilált interferonnal történt kezelésének tapasztalatairól és a szer biztonságosságáról számolnak be. Betegek és módszer: 24 (12 férfi, 12 nő, átlagéletkor: 55,66 ± 7,02) anti-HCV pozitív és/vagy HCV-RNS PCR pozitív, a máj ultrahangos és/vagy a májbiopszia szövettani vizsgálata során igazolt májcirrrosisos beteg adatait dolgozták fel. Eredmények: A betegek közül 1-es genotípust 7 esetben, 2-est 1 esetben, 3-as genotípust 3 esetben észleltek. Négyes genotípust 10 betegnél detektáltak, őket külföldön kezelték. Három főnél a vírustipizálás nem volt kivitelezhető. A 24 beteg közül 13 naív (korábban nem kezelt) beteg volt, 6 korábban interferon monoterápiára non-respondernek bizonyult, 5 személyt relapsus miatt kezeltek pegilált interferonnal. Tizenhat beteg

esetén (16/24, 66,66 %) volt javulás a biokémiai paraméterekben, 5-nél nem volt javulás. A kezelés során ezidáig 13 betegnél érték el (13/24, 54,16 %) virológiai választ, 3 esetben HCV-PCR pozitívítás maradt fenn. Átmeneti dózisredukcióra kényszerültek 13/24 esetben (54,16 %), azonban mindössze két esetben kellett véglegesen abbahagyni a megkezdett terápiát súlyos neutropenia, thrombocytopenia illetve decompenzáció jelei miatt. Következtetések: A pegilált interferon válogatott beteganyagban kompenzált májcirrroszis esetén (Child-Pough A stádiumban) biztonságosan alkalmazható. A kezelés során - bár az esetek felében átmeneti dózisredukcióra került sor - a terápia felfüggesztését eredményező mellékhatás elenyésző volt. A neutropenia, thrombocytopenia előfordulása a gyakori vérkép-kontroll és a szoros betegkövetés fontosságára hívja fel a figyelmet.

Kulcsszavak: hepatitis C vírus, májcirrroszis, pegilált interferon, biztonságosság

MÁJÁTÜLTETÉS IDŐZÍTÉSE

Gerlei. Zs. Kóbori L., Görög D., Nemes B., Nagy P., Fehérvári I., Sárvári E., Gálffy Zs., Járjay J

SE Transzplantációs Sebészeti Klinika

Az orthotopicus májtranszplantáció a lehetséges terápia a felnőtt, krónikus, különböző etiológiájú végstádiumú májbeteg kezelésében. A transzplantáció akkor indikált, ha a májbetegnél terápia rezisztens ascites, GI vérzés, hepaticus encephalopathia, icterus, hepatorenalis syndroma, spontán bacterialis peritonitis, metabolikus zavar, a máj szintézis funkciójának elégtelensége, malnutritio alakul ki. Lényegesen befolyásolja a morbiditást és mortalitást a transzplantáció időpontjának megválasztása. A Child klasszifikáció szerinti 8 pont elérése - amennyiben kontraindikáció nem áll fenn - transzplantációs indikációt képez. Az előrehaladott stádiumú májbetegnek a májtranszplantáció szempontjából is magas rizikójúaknak számítanak és a túlélési esélyeik rosszabbak, mint azoknak a betegeknek, akiknél a transzplantáció idejében kevesebb szövődmény volt, jobb volt az általános állapotuk.

A transzplantáció lehetőségének a májbeteg kezelő orvosban kell először a felmerülni és a betegnek, mint terápiás lehetőséget felajánlani. A várólistára helyezés ideális időpontjának a meghatározása nem könnyű. Ez a beteg életét jelentősen befolyásoló döntés a hepatológusból, májsebészből álló Várólista Bizottság feladata.

A májtranszplantációt leggyakrabban a hepatitis C vírus által okozott cirrhosis miatt végzünk. A transzplantációt követően a hepatitis rekurrenciája gyakorlatilag 100%-os, de döntő többségük a műtéttel és az azt követő kombinált antivirális terápiával lehetőséget kap vírusbetegsége kezelésére, HCV PCR negatívvá válásra, meghosszabbított, jó minőségű élete.

A hepatitis B fertőzöttek transzplantációjára 2004. óta van lehetőségünk. Lényegesen javult a HBV vírus fertőzöttek életkilátása a transzplantáció alatt és azt követő immunglobulin és antivirális terápia hatékonyságának javulásával.

Az alkohol okozta májbetegség a kiváltó ok megszűnése után javulhat, de a cirrhoticus májban a tumor kialakulásának nagy az esélye.

Cholestatikus májbetegségek közül a primer sclerotizáló cholangitisben a tumor megjelenése lényegesen gyakoribb, ezért ebben az esetben a transzplantáció korai elvégzése indokolt. Primer és secundre biliaris cirrhosisban az icterus megjelenése, a kénzó viszketés, decompenzáció megjelenése idejében indokolt a beteg várólistára helyezése.

Autoimmun hepatitis miatt végzett májtranszplantációban jó a prognózis, ritka a rekurrencia, a cirrhosis decompenzációjának első jeleinél már indokolt a listára helyezés.

Primer vagy metastaticus tumoros máj transzplantációja abban az esetben lehetséges, ha nincs extrahepaticus manifesztáció, nem rezeálható és megfelel a Milánói - kritérium rendszernek.

Az egyéb okok, mint a haemangioma hepatitis, polycystas máj esetében az alapvető gond a hasi térfoglalás, mechanikus akadályt, hasi nyomásváltozást, ezek okozta keringészavar, vérzés és infekció veszélye ami a transzplantációt indokolja.

Az elmúlt 10 év alatt a Májtranszplantációs Várólista Bizottság 762 beteget helyezett a várólistára, ebből 262 beteg transzplantációjára került sor. A listán tartózkodás alatt 112-an meghaltak a transzplantáció előtt. Szinte valamennyien a magas rizikójú csoportba vagy az akut májelégtelenség kategóriájába tartoztak. A listáról való levétel leggyakrabban transzplantációs alkalmatlanság (cardialis okok, sebésztechnikai okok, stb.) miatt volt. A második leggyakoribb ok a beteg javulása volt, ami elsősorban az akut májelégtelen és alkoholos májbetegknél fordult elő. Viszonylag nagy

számban a betegek annak ellenére, hogy már várólistán voltak, mégsem vállalták a műtétet. Negyedik ok a tumor megjelenése, az ötödik a listán lévő beteg igazolt alkohol fogyasztása volt.

A májtranszplantáció indikációjának felállítása, a kivizsgálás, a listán lévő betegek gondozása, előkészítése a műtetre egy multidiszciplinális orvos csapat közös munkája, ami meghatározza a súlyos májbeteg életkilátásait.

A MÁJTUMOROK IMAGING VIZSGÁLATÁNAK ALGORITMUSA TERÁPIA ELŐTT

Gődény Mária dr.

CHOLESTATIKUS MÁJBETEGSÉGEK KEZELÉSE TRANSZPLANTÁCIÓVAL

Görög Dénes dr.

HÁROM GENERÁCIÓBAN HALMOZÓDÓ POLYCYSTÁS MÁJ ÉS VESEBETEGSÉG

Hagymási Krisztina, Lengyel Gabriella, Ferenczy András, Fehér János

Semmelweis Egyetem, ÁOK, II. Belklinika, Budapest; Medicina-Natura Bt., Pápa

A felnőttkori polycystás vesebetegség (APKD) az egyik leggyakoribb, a Mendeli-szabályok szerint öröklődő betegség. A betegséget a polycystin-1 és -2 membránreceptort, illetve ioncsatornát kódoló gének (PKD-1: 85%, illetve PKD-2: 10-15%) mutációi felelősek. A májcysták előfordulása az életkorral nő, a 60 év felettiekben a 75 %-ot meghaladja. Szerzők egy 33 éves, polycystás vese- és májváltozásban szenvedő nő esetét ismertetik. Bemutatják a betegség három generáción keresztüli halmozódását. Szerzők az eset kapcsán összefoglalják a polycystás vesebetegséggel kapcsolatos ismereteket, ismertetik a patogenezist, csakúgy mint a jelen és a jövő terápiás lehetőségeit.

ÚJABB ULTRAHANG MÓDSZEREK GÓCOS MÁJBETEGSÉGEKBE

Harkányi Zoltán dr.

AZ ALKOHOLOS HEPATITIS PATOLÓGIÁJA, HISZTOLÓGIAI JELLEGZETESSÉGEI

Dr. Hegedűs Géza

Baranya Megyei Kórház Patológiai Osztály

Az alkoholos hepatitis egy klinikó-pathológiai tünet együttest jelent, melynek klinikai képe széles spektrumot fog be, a teljes tünetmentességtől az igen súlyos, életet veszélyeztető állapotig terjedhet, a diagnosztikájában sokszor fontos szerepe van a májbiopsziának.

Az alkoholos hepatitis szövettani elváltozásai a 3-as, azaz centrolobularis lebezykezónában zajlanak, illetve itt a legkifejezettebbek. Vannak obligát és fakultatív laesiói, az obligát jelek a májsejtek „ballonszerű” degenerációja és necrosis, az ezt kísérő, főleg neutrophil granulocytákból álló lobos beszűrődés, valamint finomszálas pericellularis fibrosis, és a nagy, illetve kiscseppes (mikrovesicularis) elzsírosodás. A fakultatív elváltozások között a Mallory-testek jelenléte, mitochondriosis, megamitochondriumok kialakulása és indukált májsejtek megjelenése, továbbá cellularis, és / vagy canalicularis cholestasis a legfontosabbak.

A folyamat végstádiuma az alkoholos cirrhosis.

A szövettani elváltozások gyakorlatilag megkülönböztethetetlenek a nem alkoholos zsírmáj hepatitisben (NASH) látható elváltozásoktól, utóbbi háttérben az obesitástól az abetalipoproteinaemián át bizonyos gyógyszerek (pl. Amiodarone) szedéséig terjedhet az etiológiai spektrum.

Az oki elkülönítésre az egyedüli biztos támpont az anamnézis.

KIEGÉSZÍTŐ KEZELÉS AVEMARRAL AZ ONKOTERÁPIÁBAN

Prof. Dr. Hidvégi Máté

Biomedicina Első Magyar Rákkutatási Rt., Budapest

Az Avemar hazánkban az OÉTI engedélyével immár 7. éve van kereskedelmi forgalomban, 3 évvel ezelőtt pedig az Országos Tisztifőgyógyászati és Jógyógyászati Tanács jóváhagyásával törzskönyvezték onkológiai indikációban. Alkalmazási területét – elsősorban, de nem kizárólag – a rosszindulatú daganatok szupportív kezelése képezi. Az Avemar természetes eredetű anyagokból álló orvosi tápszer, amelynek hatásai számos tekintetben összevethetők a széles körben alkalmazott daganatellenes gyógyszerek, elsősorban citosztatikumok hasonló hatásaival. A készítménnyel kapcsolatban mintegy tíz, igen jól definiált daganatellenes hatást írtak le, a sok támadásponton igazolható daganatgátló hatás ennyire széles spektruma kivételes észlelésnek számít. Fontos jellemzője még a toxicitás közel teljes hiánya, és az életminőségre gyakorolt pozitív hatása. Több, nagy gyakorlati jelentőségű rosszindulatú megbetegedésben klinikai vizsgálatokkal igazolták szupportív terápia minőségében kifejtett daganatgátló hatását. Kellően dokumentált kísérletes vizsgálatok és előzetes klinikai adatok alapján rheumatoid arthritisben és lupus erythematosusban egyaránt hatékonyak találtak, ez immunmoduláns hatásával, ezen belül a kóros autoantitestek szintjét csökkentő képességével, és klinikailag is jelentős COX-gátló hatásával hozható összefüggésbe.

HEPATOCELLULARIS CARCINOMA 35 ÉV ALATTI FELNŐTTEKBE

Horváth A., Folhoffer A., Csák T., Osztoivits J., Szalay F.

Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika

Bevezetés: A hepatocelluláris carcinoma (HCC) fiatal felnőttkorban ritka. Két, 35 év alatti hepatocelluláris carcinomás beteg esetét ismertetjük.

Esetismertetések: 32 éves, Marfan szindrómás férfibeteg részletesebb vizsgálatára kissé magasabb transzamináz értékek (40-50 E) és mérsékelt fokú, túlnyomóan indirekt hyperbilirubinaemia (41,9/6,3 umol/l) miatt került sor. Az UH vizsgálat során a májban számos, 1-2 cm átmérőjű, gócos eltérést lehetett látni, amelyeket haemangiómáknak tartottak. A CT vizsgálat is haemangiómákra utalt. A subicterust Gilbert szindróma következményének tartották.

Két évvel később szűrő hasi fájdalom és hasfeszülés miatt került felvételre. Az UH vizsgálat a hepatikus góccok szaporodását és növekedését mutatta. A magas AFP érték és a vékonytübiopsziás vizsgálat primer hepatocelluláris carcinomát igazolt. Tumorra hajlamosító betegséget (HBV, HCV infekció, anyagcsere betegség, autoimmun eltérés, toxikus hatás) nem lehetett kimutatni. Műtét vagy májtranszplantáció nem jöhetett szóba. A beteg állapota fokozatosan rosszabbodott. Egyre mélyülő icterus mellett, anaemia, csontmetasztázisok, szekunder hypercalcaemia jelentkezett és a beteg májelégtelenség következtében 34 éves korában meghalt.

31 éves nőbeteg bizonytalan, 4 éve tartó epigastriális fájdalom, jobb bordaív alatti, tapintható göb megjelenése miatt fordult orvoshoz. Az UH vizsgálat a máj jobb lebenyében egy 3x8 cm-es terimét írt le. Az AFP érték már ekkor magas (1050 ng/ml), de a többi laboratóriumi májadat normális volt. A CT vizsgálat focalis nodularis hyperplasiára utalt. A biopsziával igazolt HCC miatt jobb oldali hemihepatectomia történt. A máj többi része szövettanilag is normális volt. Több alkalommal kapott kemoterápiás kezelést. Semmilyen tumorra hajlamosító betegséget vagy etiológiai faktort nem lehetett kimutatni. A műtét után az AFP érték normális lett, de 2 évvel később ismét emelkedni kezdett. A beteg él.

Megbeszélés: Fiatal korban a hepatocelluláris carcinoma még HBV és HCV endémiás területeken is viszonylag ritkán fordul elő. A májrák sajátos formája a viszonylag jóindulatú fibrolamelláris carcinoma (FLC), amely főként gyermekekben és fiatal felnőttekben jelentkezik. A HCC legtöbbször cirrhosis talaján alakul ki, az egyébként egészséges májban ritka. Az általunk ismertetett két beteg egyikének sem volt cirrhosis, és egyikben sem lehetett krónikus hepatitisre vagy tumorra hajlamosító tényezőt kimutatni.

Konklúzió: Hepatocelluláris carcinoma fiatal felnőttkorban is előfordul, továbbá májcirrhosis és egyéb predisponáló faktor nélkül is jelentkezhet. A haemangiómának látszó eltérés lehet a vascularizált HCC első tünete.

A STAGING ÉS AZ INTRAOPERATÍV RESTAGING BEFOLYÁSA A VÁLASZTANDÓ MŰTÉTI TECHNIKÁRA

Jakab Ferenc prof. dr.

A MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ HELYZETE MAGYARORSZÁGON

Járay Jenő prof. dr.

AKUT MÁJELÉGTELENSÉG ÉS KEZELÉSE

Kóbori László¹, Gerlei Zsuzsanna¹, Sárváry Enikő¹, Nemes Balázs¹, Fazakas János¹, Fehérvári Imre¹, Görög Dénes¹, Járay Jenő¹, Vereczkey László², Monostory Katalin²,

¹Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

²MTA, Központi Kémiai Intézet, Budapest

Az akut májelégtelenség súlyos májkárosodást jelent encephalopathiával egy előzőleg egészséges személyben. Valójában egy klinikai szindróma amelynek alapja a májsejtek súlyos, masszív nekrozisa. A túlélés függ az etiológiai tényezőktől is, de a mortalitás 80% is lehet. Gyermekkorban a prognózis még rosszabb. A túlélés legjobb hepatitis A esetén (66,7%) és legrosszabb az ismeretlen eredet esetén (10-12%).

Ezen belül megkülönböztetünk hyperakut, akut és subakut májelégtelenséget. Az Egyesült Államokban évente kb. 2000 esetről számolnak be és ez 0,1%-t jelenti az összes halálokoknak és 6%-t a májbetegségek okozta haláleseteknek. Magyarországon kb. 7000 beteg hal meg évente májelégtelenségben és ennek kb. 15-20%-a akut folyamat. Az etiológiában első helyen a vírusok állnak (50-60%) és a különböző toxikus anyagok szerepelnek, de említést érdemel az akut Wilson-kór is. Az esetek 15-25%-ban az etiológia ismeretlen marad! A kezelés eredményessége függ az etiológiai tényezőtől is, de a legjobb túlélést a King s College kritériumok alapján a májátültetés adja. Az akut májelégtelenség miatt elvégzett májátültetések aránya 8-14 % körül alakult Magyarországon (21 eset / 252 májátültetés), az átlagos életkor 18,8 év alatt volt. A hazai etiológiai tényezők közül kiemelhető a feltételezhetően, gyógyszer indukált májelégtelenség, gombamérgezés és az akut Wilson kór. A gyógyszerek transzplantáció előtti és utáni alkalmazását toxikológiai szempontból is mérlegeltük a májgraft védelme érdekében. Az átlagos Kaplan-Meier 3 éves túlélés 60 % körüli volt.

A májtranszplantáció mellett „bridge” therápiaként a MARS és PROMETHEUS „dializáló” rendszerekkel is egyre jobb eredményeket írnak le, de ezek is gyakran csak átmeneti javulást biztosítanak.

A humán hepatocytá transzplantációval is vannak már klinikai sikerek, de további gyakorlati tapasztalatokra van még szükség.

MÁJGRAFT TŰLÉLÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

Kóbori László¹, Sárváry Enikő¹, Lakatos Márta¹, Nemes Balázs¹, Fehérvári Imre¹, Görög Dénes¹, Fazakas János¹, Varga Marina¹, Gerlei Zsuzsanna¹, Lengyel Gabriella², Fehér János², Járay Jenő¹, Vereczkey László³, Monostory Katalin³

¹Semmelweis Egyetem Budapest, Transzplantációs és Sebészeti Klinika

²Semmelweis Egyetem Budapest, II. Belgyógyászati Klinika,

³MTA Kémiai Kutató Intézet, Budapest

A transzplantált májgraft funkciója függ a prezervációs, reperfüziós ártalmaktól és az artériás vérrellátástól. A reprefúzió után a szervezet oxidatív stressz állapota fokozódik, és ezt tovább fokozódhat hypoxia esetén. Az oxidatív stressz fokának megítélésére a mieloperoxidáz (MPO) enzim vérszintének monitorozása is alkalmas.

50 májtranszplantált beteg adatait feldolgozva az találtuk, hogy az MPO már műtét előtt is magasabb, 68 ng/ml volt. A műtétet követő 48 órában szignifikánsan emelkedett 130 ng/ml értékre és

csak egy hét után csökkent. Akut májelégtelenségben és artériás keringési zavarokban szintén szignifikáns emelkedést találtunk (120-400 ng/ml).

Rejekcióban nem volt MPO emelkedés, de a magas szint rossz prognózist igazolt.

A transzplantált májgraft funkcióját a graft gyógyszer metabolizáló képessége is befolyásolja. 75 donor máj adatait feldolgozva, hepatocytá kulturák vizsgálata során sikerült olyan „poor metaboliser” fenotípusokat azonosítani, amelyek ismeretében májtranszplantált gyermekek gyógyszerelésén sikeresen változtattunk.

Az említett tényezők, a fibrogenesist és ezáltal a graft és betegtúlélést befolyásolják. Ismeretük és megelőzésük létfontosságú a májtranszplantáció eredményessége szempontjából.

ÚJABB MÁJTRANSZPLANTÁCIÓS LEHETŐSÉGEK

Kóbori László dr.

VÉDŐOLTÁSSAL MEGELŐZHETŐ HEPATITISEK

Kulcsár Andrea dr.

Fővárosi Szent László Kórház, Gyermekosztály

Mai napig a világon előforduló májgyulladás közel 80 % -áért a védőoltással megelőzhető infekciók felelősek.

A klasszikus hepatitis infectiosa – A vírus hepatitis, feco – orális terjedésű fertőzés. Magyar lakosságban a 40 év alatti korosztály – keresőképes fiatalok, gyermekek, aktív utazók - jelentős része fogékony a fertőzésre. Epidemiológiai szempontból hazánk alacsony incidenciájú térségnek számít . A megbetegedés hosszútávú munkakieséssel, nagy anyagi teherrel járó magas kontagiozitású infekció.

Nagy gondot jelent a testnedvek útján terjedő B vírus májgyulladás. A világszerte endémiás fertőzés klinikuma igen változatos. A „vadvírus” cirkulációban 200-300 millió tünetmentes vírus hordozó vesz részt. A hepatocellularis carcinoma 80% -a HBV eredetű. Nem ritka a fulmináns lefolyás, az akut betegség 10%-a krónikus májgyulladással végződik. A vírus hordozó anyák 70-90% -ban fertőzik újszülöttjeiket, melynek következménye 15-25%-ban halálos kimenetelű fertőzés.

A májgyulladás elkerülhető fertőzés. Bizonyos szabályok betartásán túl hatékony védelmet védőoltásokkal biztosíthatunk.

Az immunizációnak köszönhetően a vírus transzmisszió csökken, a betegség incidenciája csökken, az egyén védett lesz az adott vírus fertőzések ellen.

Az előadás a védőoltással megelőzhető májgyulladások infektológiai és epidemiológiai áttekintése mellett részletesen tárgyalja a megelőzés lehetőségeit, különös tekintettel a GlaxoSmithKline termékeire – Havrix, Engerix, Twinrix gyermek és felnőttkori alkalmazási ajánlással.

VÁLTOZÁSOK, EREDMÉNYEK A TIPS-HEZ ALKALMAZOTT STENT-GRAFTOK ELTERJEDÉSÉVEL

Lázár István dr.

HEPATITIS C VÍRUSFERTŐZÉS KEZELÉSE MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ ELŐTT ÉS UTÁN

Lengyel Gabriella

Semmelweis Egyetem, ÁOK, II. Belklinika, Budapest

Hepatitis C vírusfertőzés (HCV) okozta májcirrhosisban végzett májtranszplantáció után a HCV rekurrencia a legfontosabb terápiás probléma. Jóllehet a krónikus HCV fertőzés a beültetett májban az esetek 30 %-ában csak öt év elteltével okoz májcirrhosist, sajnálatos viszont, hogy az esetek majdnem 50 %-ában akár már egy év után is kialakulhat súlyos, decompensatioval járó májelégtelenség. Az ilyen esetekben a túlélés nagyon rövid. Több terápiás módszert is alkalmaznak a betegség megelőzésére és a transzplantáció utáni vírus szaporodás gátlására. A várólistán levő betegek esetén a

HCV rekurrencia megelőzésére antivirális kezelés vagy immunprophylaxis alkalmazható. A műtétet követően pedig a korszerű antivirális kezelés (interferon + ribavirin) az esetek harmadában a HCV eliminációját eredményezheti. Mindezideig azonban biztos terápia nincs, ezért kifejezetten fontos ilyen kezelési elv kidolgozása.

VÍRUSHEPATITISEK

Lengyel Gabriella dr.

Semmelweis Egyetem, ÁOK, II. Belklinika, Budapest

Hepatitist okozhatnak mikrobák, vegyszerek, esetleg gyógyszerek is. A vírus eredetű hepatitisz származhatnak priméren hepatotrop és priméren nem hepatotrop vírusok károsító hatásától. A hepatotrop vírusokat a jelenlegi nomenklatúra szerint az abc betűivel jelöljük. Eddig a hepatitis A, B, C, D, E és G vírusokat sikerült molekulárbiológiailag azonosítani. Az A és E vírus többnyire faecoralis fertőzésekkel, a B, C, D és G vírus pedig vér és vérképzőanyagokkal parenterálisan, valamint testnedvekkel intim kapcsolat révén (sexuális, homoszexuális) terjed. Az akut betegség az A és E hepatitis esetén a fulmináns hepatitis esetek kivételével (mintegy az esetek 1 %-a) nyom nélkül gyógyul, a B, C, D és G hepatitisz egy része azonban nem gyógyul meg az akut folyamat során, hanem krónikus fertőzéssé alakul. Létezik tünetmentes vírus hordozás is. A világon mintegy félmilliárd ember B, C vagy D vírushordozó. Szerzők munkájukban a hepatotrop vírusok lényegesebb, epidemiológiai adatait, valamint a pathogenesis folyamatát ismertetik, tárgyalják továbbá röviden a krónikus hepatitisz kezelésének lehetőségeit is.

A HCV FERTŐZÉS ÉS A CHOLESTATIKUS MÁJBETEGSÉGEK

Lengyel Gabriella dr.

PREDICTÍV TÉNYEZŐK A KORAI ÉS KÉSŐI VÍRUS VÁLASZ ELÉRÉSÉBEN CHRONICUS C VÍRUS HEPATITIS 1B GENOTYPUSÁBAN

Lombay Béla dr. ifj., Váczi Zsuzsanna dr.

Borsod-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II. Belgyógyászat, Miskolc

Bevezetés, cél: a chronicus C vírus hepatitis (CHC) alfa-interferon alapú kezelésében a kezelés fő célját, a tartós vírus válasz (SVR) elérését mind virális, mind gazdai (host) tényezők befolyásolják. A korai (12. hét) vírus válasz (EVR) jelenleg döntő jelentőségű a kezelés időtartamát illetően, munkánkban ennek elérésének előrejelző tényezőit vizsgáltuk, kiküszöbölve a genotypus, mint önálló predictív faktor szerepét.

Betegek és módszer: 46, döntő többségében naiv beteg fizikális és laboratóriumi paramétereit vizsgáltuk a pegylált interferon és ribavirin kezelés első 12 hetében. Valamennyi beteg heti 180/135 ug peginterferon-alfa2a vagy 80-120 ug peginterferon-alfa2b és napi 800-1000 mg ribavirin th.-ban részesült, legalább 12 héten keresztül. Eredmények: A kezelték átlagos életkora 48 év volt (26-72). Összesen 32/46 beteg, 18/24 (75%) nő és 16/22 (72%) férfi mutatott EVR-t, ez némileg elmarad az irodalmi adatoktól. Az életkornak és a testsúlynak nem volt érdemi szerepe az EVR-ben. Legjobb pozitív predictív tényezők: a kezdeti vírusszám 500.000 IU/ml alatt (13/15 beteg); normál GPT a 12. héten (26/29); histológiai aktivitási index alapján magas gyulladási aktivitás (27/35), alacsony mérvű steatosis (33/36) és fibrosis (24/27), a cirrhosis hiánya (27/33), egyesített Knodell index 10 alatt (26/39). 100.000 IU/ml feletti 12. heti vírusszámmal a kiindulási értéktől függetlenül nem láttunk EVR-t. Dosis csökkentésre zömmel haematológiai mellékhatások miatt került sor. SVR-t 10/18 beteg ért el, valamennyiük mutatott előzőleg EVR-t.

Konklúzió: CHC-ben pegylált interferon és ribavirin kezelés mellett jó eséllyel mutatnak korai vírus választ a normalizálódó GPT-jű, alacsony kiindulási vírusszámmal rendelkező betegek a homogén 1b genotypusban. Az SVR és EVR közötti különbségek vizsgálata további, nagyobb arányú betegbevonást és hosszabb követést is igényel.

MOLEKULÁRIS KÉPALKOTÁS. MÁJSPECIFIKUS MR KONTRASZTANYAGOK

Lombay Béla dr.

A POLIMORF GYÓGYSZER-METABOLIZMUS OKAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI

Monostory Katalin¹, Vereczkey László¹, Kóbori László²

¹MTA, Kémiai Kutatóközpont, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A gyógyszer-hatékonyság és toxicitás egyéni eltérései több tényezőre vezethetők vissza: pl. a beteg kora, májműködése, táplálkozása, vagy gyógyszer-kölcsönhatások. Elsődlegesen meghatározó azonban a farmakológiai hatás kialakulásában szerepet játszó receptorok és a szignál transzdukció faktorainak, valamint a gyógyszer-metabolizmusban résztvevő enzimek és transzporter fehérjék genetikai variabilitása (polimorfizmus). Az előadás a humán populáción belül mutatkozó egyedi CYP enzim-készlet, illetve metabolikus aktivitás eltéréseit és következményeit ismerteti.

A polimorfizmus az adott CYP gén mutációjából fakad, amely csökkent működőképességű, vagy teljesen működésképtelen enzimet, esetleg enzimhiányt idézhet elő. Ennek eredményeként az adott egyén gyógyszer-metabolizáló kapacitása gyengébb lesz ('poor metabolizer', PM fenotípus) a populáció többi tagjához ('extensive metabolizer') viszonyítva. A gyenge metabolizáló-képességű betegeknek normál terápiás dózis mellett lényegesen magasabb vérszintek jelentkezhetnek abban az esetben, ha a polimorf enzimnek meghatározó szerepe van az adott gyógyszer eliminációjában. Ennek következtében a szűk terápiás szélességű hatóanyagok esetén a nem-kívánt mellékhatások gyakoriságának növekedésével kell számolnunk. Egyedi genotipizálással, azaz a genetikai variációk közvetlen vizsgálatával a farmakokinetikai eltérések valószínűsíthetők. Fenotipizálás során az egyén metabolikus kapacitásának meghatározásával a génben bekövetkezett mutáció pontos helye (a genetikai variáns allél) ugyan nem adható meg, azonban megbízhatóbb következtetésekre juthatunk a polimorf metabolizmusban érintett gyógyszerek farmakokinetikai sajátágaival kapcsolatban. Az egyéni genotipizálás és/vagy fenotipizálás alapján detektált polimorf metabolizmus felismerése segítséget nyújthat az eltérő gyógyszer-hatékonyság és toxicitás értelmezésében.

Az MTA, Kémiai Kutatóközpontjában kidolgoztunk egy olyan, enzimaktivitás méréseken alapuló rendszert, amellyel a transzplantációra kerülő máj metabolikus kapacitása, illetve az esetleges PM fenotípus meghatározható. A donor máj metabolizáló képességének alapján javasoljuk a recipiensek gyógyszeres terápiájának ésszerű, egyénre szabott módosítását, amely különösen a korai posztoperatív időszakban csökkentheti a betegek felesleges gyógyszer terhelését.

MR CHOLANGIOGRÁFIÁVAL SZERZETT KEZDETI TAPASZTALATAINK

Nagy Géza, Lombay Béla sr., Sümei János, Lombay Béla jr., Orosz Péter

MÁJBETEGSÉGEK LABORATÓRIUMI DIAGNOSZTIKÁJA

Nagy István dr.

URSODEOXYCHOLSAVVAL SIKERESEN KEZELT GRANULOMÁS HEPATITIS

Németh Eszter dr.¹, Lengyel Gabriella dr.¹, Schaff Zsuzsa dr.², Pécsi Gyula dr.³ és Fehér János dr.¹

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvosi Kar, II. Belklinika

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvosi Kar, II. Patológiai Intézet

³Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Belgyógyászat - Gasztroenterológia Osztály, Győr

A granulomás hepatitisz etiológiája rendkívül széleskörű, melyet a májszövetben gyulladást indukáló granulomatózus reakció jellemez. Az esetek nagy részében a gyulladással járó májgranulómák szisztémás betegség részeként alakulnak ki, néhány esetben primer májlézió áll az elváltozás hátterében. 21 éves nőbetegünk influenzaszerű tünetekkel és icterussal került kórházi felvételre. A cholestasissal járó hepatocelluláris lézió okát keresve infekciót, tumort, tárolási betegségeket kizártak, a kiváltó okot azonban nem találták meg. A szövettani lelet granulomatózus elváltozást és gyulladást

igazolt a májszövetben, mely a laborleletekkel együtt leginkább primer sclerotizáló cholangitisnek felelt meg. A beteg állapota egyre súlyosbodott, már májtranszplantáció szükségességre is szóba jött. Ursodeoxycholsav- kezelésben részesült, mely több éve fennálló remisszióhoz vezetett.

ECSTASY TABLETTA ÁLTAL OKOZOTT AKUT CHOLESTATIKUS HEPATITIS

¹Osztoivits János, ¹Csák Tímea, ¹Folhoffer Anikó, ¹Horváth Andrea, ²Ónodi Livia, ¹Szalay Ferenc

¹I.sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest; ²Szent Borbála Kórház, Tatabánya

Bevezetés: A kábítószeres, köztük a szintetikus amfetamin-származékok (Ecstasy) fogyasztása egyre elterjedtebb hazánkban is. Az akut májkárosodások hátterében mindinkább figyelembe kell venni a toxikus szerek, drogok hatását. Magyarországon már beszámoltak Ecstasy okozta májkárosodásról. Egy újabb esetről számolunk be.

Esetismertetés: 33 éves férfibeteg fáradékonyág, hányinger, hányás és jelentős fokú icterus (se bi: 691, di bi:465 umol/l) miatt fordult orvoshoz. A transzamináz enzim értékek (GOT: 212, GPT: 573, GGT: 206) emelkedettek voltak, vizelete sötét színű, széklete acholiás volt. A vizsgálatok cholestasissal kísért akut hepatitisz szindrómára utaltak. A vírusmarkerek (anti-HAV, HBsAg, anti-HCV, EBV IgM) és az autoantitestek (ANA, AMA, SMA, ANCA) negativitása alapján vírushepatitis, illetve autoimmun betegség kizárható volt. Wilson-kórt és haemochromatosist nem lehetett igazolni. A szérumbilirubin szint magasabb volt ugyan, de azt a cholestasis magyarázta, a magas ferritin szint pedig akut fázis reakció következménye volt.

A klinikai kép alapján toxikus májbetegség lehetősége merült fel. Foglalkozási vegyi expozíció nem volt, szeszizált csak időnként és nem sokat fogyasztott. A beteg csak jóval a vizsgálatok kezdete után, rákérdezésre vallotta be, hogy a tünetek megjelenése előtt egy hónappal egy alkalommal 2 tablettát 3,4-metilén-dioxi-metamphetamint (Ecstasy) vett be. A képalkotó vizsgálatok mérsékelt hepatomegálián kívül egyéb kóros eltérést nem mutattak. ERCP vizsgálattal epeúti elfolyási akadályt nem lehetett kimutatni. A májbiopsziával nyert szövettani kép (egyed sejtpusztulás, microsomalis rendszer károsodását jelző tejuveg hepatociták, cholestasis és macrophagok) megerősítette a toxikus májkárosodás gyanúját.

A beteg állapota igen lassan javult. Gyógyszert nem kapott. Bőrviszketése enyhült, majd megszűnt, a szérumbilirubin és transzamináz értékek fokozatosan, csak fél év után lettek normálisak.

Következtetés: A bemutatott eset példa arra, hogy a 3,4-metilén-dioxi-metamphetamin (Ecstasy) viszonylag kis dózisban (2 tbl), is súlyos májkárosodást okozhat. Ezért az akut májkárosodás kiváltó okainak keresésekor ma már gondolni kell a kábítószeres toxikus hatásaira is.

EXPLORING THE CLINICAL POTENTIAL OF HEPATOCYTE TRANSPLANTATION

M. Ott, A. Schneider, M. Attaran, M.P. Manns.

Hannover Medical School, Department of Gastroenterology, Hepatology and Endocrinology, Carl-Neuberg-Str. 1 30625 Hannover

Correction of hereditary liver disease and support of liver function in acute liver failure by transplantation of isolated hepatocytes has been demonstrated in a large number of animal studies around the world. Based on these experimental data hepatocyte transplantation has been attempted in patients since 1992 to treat hereditary metabolic liver disease, chronic liver dysfunction and acute liver failure. Various modes of application (intraperitoneal, intraportal, intrasplenic) with different cell numbers have been applied in single cases or small series of patients in several centers. Although beneficial therapeutic effects and proof of concept have been clearly demonstrated in these patients hepatocyte transplantation is not yet an established therapy. Major hurdles towards progress in cell therapy for liver disease is the lack of attempts to generate enough hepatocytes for therapy and to establish controlled clinical trials with standardized protocols in a well defined disease entity. In our presentation we outline our clinical hepatocyte transplantation development program in public/private partnership, which aims to generate high quality hepatocyte suspensions for therapy by international recruitment of donated livers and to establish clinical study protocols for the treatment of acute liver failure and hereditary metabolic liver disease on a European scale.

MR VIZSGÁLATOK INDIKÁCIÓJA ÉS KIVITELEZÉSE MÁJ TUMOROKBAN

Palkó András prof. dr.

MALIGNUS MÁJTUMORT UTÁNZÓ, EXCESSIV TERJEDÉST MUTATÓ ECHINOCOCCUS MULTILOCULARIS INFECTIO ESETE

Patonai Attila¹, Werling Klára¹, Jakab Zsuzsa¹, Horváth Andrea³, Görög Dénes², Fehérvári Imre², Füle Balázs², Nagy Péter⁴, Tulassay Zsolt¹

¹SE, II.sz.Belgyógyászati Klinika (ig.Tulassay Zsolt dr.), ²SE, Transzplantációs és Sebészeti Klinika (ig.(Járay Jenő dr.)), ³Föv.Szent László Kh.Parazitológiai Ambulancia., ⁴SE I.sz. Patológiai Int. (ig. Kopper László dr.)

A jó általános állapotú, panaszmentes, középkorú férfibeteg klinikai kivizsgálására a máj VII-VIII-IX. segmentumában UH és CT vizsgálattal kimutatott malignusnak tűnő tumorszerű elváltozás miatt került sor. A már korábban elvégzett májbiopszia vizsgálata során granulomatosus hepatitisz véleményeztek. Ismételt hasi UH során növekedést mutató, morfológiai kép alapján malignitás gyanúját keltő, soliter, nagyterjedésű, növekedést mutató intrahepaticus térfoglaló folyamatot találtunk. Az elvégzett máj MR vizsgálat is neoplasiára morfológiailag jellemző eltérést erősített meg. Az előbbiekből az elváltozásból UH vezérelt biopsziát vettünk. A hisztológiai feldolgozást követően a májban granulomatosus részeket, lymphoid elemeket/eosinophil sejteket és membránszerű komponenseket tartalmazó elváltozást igazolódott, tumort nem találtunk. A laborértékeiből enyhén emelkedett GGT és CEA (7.84 ug/ml) emelhető ki. A beteg serummintáinak vizsgálata során az Echinococcus multilocularisra jellemző immunglobulinszaporulat mutatkozott. Ennek alapján a beteg antihelminticummal (Albendazol) történő kezelését kezdtük meg. Három hónapos gyógyszeres terápiát követően a beteg műtéti feltárására került sor, melynek során a máj felszínére, a csepleszre, a hypochondriumra kiterjedő, „metastázáló” jellegű, nem rezekálható multiplex Echinococcusist találtunk, melyet a szövettani vizsgálat is igazolt. A kiterjedt „multilocularis” elváltozás további gyógyszeres kezelése folyamatban van.

A HEPATOCELLULÁRIS CARCINOMA KLINIKUMA

Pár Alajos prof. dr.

KRÓNIKUS VÍRUSHEPATITISEK ANTIVIRALIS KEZELÉSÉNEK HAZAI TAPASZTALATAI 1998-2004. ELŐZETES ADATOK.

Pár Alajos, Szalay Ferenc és a Hepatitis Centrumok munkacsoportjai: Bali I. (Szekszárd), Bányai T. (Gyula), Dalmi L., Tornai I. (Debrecen), Fehér J., Horváth G., Ibrányi E., Lengyel G., Makara M., Nemesánszky E., Pap Á., Schuller J., Telegdy L., Tolvay Gy., Werling K. (Budapest), Hunyady B. (Pécs), Kissik I. (Eger), Nagy I. (Szeged), Ozsvár Zs. (Székesfehérvár), Rácz I. (Győr), Ribiczey P. (Zalaegerszeg), Schneider F. (Szombathely), Szentgyörgyi L. (Tatabánya), Váczi Zs. (Miskolc), Varga M. (Békéscsaba), Velösy B. (Kecskemét), Tusnády A. (Szolnok)

IMAGING TECHNIKÁK ÉRTÉKE A PERKUTÁN TUMOR ABLÁCIÓKBAN

Péter Mózes prof. dr.

HEPATITIS C VÍRUS FERTŐZÉS ÉS BŐRBETEGSÉGEK

Podányi Beáta dr.

A hepatitis C vírus (HCV) a Flavivírus családba tartozó egyláncú RNS vírus, amely a fertőzött sejt citoplazmájában replikálódik. A vírusreplikáció nemcsak a májsejtekben, hanem a vér alakos elemeiben és a keratinocytákban is zajlik. A klinikai tüneteket a patogenetikai tényezők határozzák meg. A vírus közvetlen cytopatogén hatása mellett, döntő a gazdaszervezet immunválasza. A fertőzés az egész szervezetet érinti, számos extrahepatikus megnyilvánulással, köztük bőrtünetek kialakulásával. Az aktivált T sejtek citokin termelése és a megjelenő keringő autoantitestek és IgM típusú ellenanyagok döntőek a betegség lefolyása szempontjából. HCV fertőzésben a leggyakrabban észlelt bőrelváltozások a vasculitisek, melyek gyakran kryoglobulinaemia talaján kialakuló immunkomplex vascularis folyamatok. Az esetek többségében II típusú kevert kryoglobulinemia van jelen, mely rendszerint monoclonalis IgM és polyclonalis IgG komponensből áll. A vasculitis klinikailag többnyire tapintható purpura formájában jelentkezik, de lehet a folyamat mélyebben infiltrált, vagy nekrotizáló. Szövettanilag rendszerint leukocytoklastikus vasculitis zajlik. A vasculitis lehet szisztémás, ilyenkor a bőr mellett érintheti a vesét, ízületeket vagy az idegrendszert is. A HCV jelentős szerepet játszik a sporadikus porphyria cutanea tarda (PCT) tüneteinek kiváltásában. Hazai adatok szerint a PCT-ben szenvedő betegek közel 60%-a HCV pozitív. Vitatott kérdés az irodalomban a lichen ruber planus helye az extrahepatikus bőrmanifesztációk között. Saját klinikai tapasztalataink alapján azzal a véleményvel értünk egyet, hogy van összefüggés a disseminált lichen planus és a lichen oris bizonyos esetei és a krónikus hepatitis C között. Ennek alátámasztására két betegünk kórtörténetét ismertetjük.

PRODUCTION OF HUMAN-LIVER-CELL-MEDICINAL-PRODUCT UNDER GOOD MANUFACTURING CONDITIONS

W. Ruedinger

Regeneration or even a cure for severe organ damage is one of the most attractive fields in future medicine. Liver failure, acute or chronic, is a real challenge in this respect. The infusion of viable liver cells, into the patient's liver, harvested from suitable organ donors would give us a new minimally invasive treatment option. To follow the EU-directives for all isolation, production of cell-based medicinal products and their storage (cryopreservation) enormous investments, in both time and money, are necessary to achieve the needed approval for clinical studies and later routine use. High barriers to entry prevent hospitals or research institutions, e.g. GMP-clean rooms and regulatory compliance, from undertaking the process alone. Cytonet's investments and expertise in this field provide an unrivalled opportunity for alliances. An alliance between Semmelweis University Hospital and Cytonet will form part of a leading worldwide network for the clinical development of liver cell transplantation.

BIOCHEMICAL AND FREE RADICAL PARAMETERS IN LIVER TRANSPLANTATION

Enikő Sárvári¹, Balázs Nemes¹, Zsuzsa Gerlei¹, János Fazakas¹, Attila Doros¹, Gábor Czabai³, Imre Fehérvári¹, Bea Sulyok¹, Anna Blázovics², Zsolt Pallai³, Marina Varga¹, Katalin Monostory⁴, Márta Lakatos¹, Etelka Borsodi¹, prof Jenő Járny¹, prof János Fehér², László Kóbori¹

¹Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest; ²Semmelweis Egyetem, II.sz. Belklinika Budapest; ³Diachem Kft 1092 Hőgyes Endre u. 4.; ⁴MTA, Budapest

Studies in both human and animal models have shown increased free radical (ROI) production after reperfusion of liver grafts. Some degree of dysfunction almost inevitable occurs in the early- and late

posttransplantation period. The severity of dysfunction correlates with the degree of early hepatic injury.

The aim of our study was to assess the relationship between ROI productions, biomedical parameters and graft function. Method and patients: Graft-, renal function and ROI production of 30 liver transplant patients were monitored at pre-, intra- and the early postoperative period. 90 liver transplant's sera were also collected on the day of protocol biopsy and the date when the clinical and/or laboratory parameters suggested complication to the clinicians. The patients were grouped based on the histological finding and the ROI and biochemical parameters were compared to the result of biopsy. Luminol-dependent chemiluminescence intensity. Special liver enzymes (Dipeptidyl-amino-transferase /DPP/ and Glutathion-S-transferase /GST/ enzymes, bile, Cystatin-C were also measured. Results are summarized in the table The statistical analysis is in the progress.

		Dipeptidyl-aminopeptidase	Bile	Free radical capacity	CRP	Glutathione-S-transferase	β2-Mikroglobulin	Cystatin-C
	N	(U/L)	(mmol/L)	(RLU%)	(mg/L)	(mg/L)	(mg/L)	(mg/L)
Cholestasis	9							
mean		19.7	68.3	0.7	42.8	18.3	5.0	1.9
STD		8.3	52.6	0.5	52.3	10.8	3.4	1.0
Rejection	16							
mean		14.18	66.35	0.79	25.38	15.26	6.98	2.23
STD		6.71	47.92	0.76	29.83	9.83	9.30	2.04
HCV-recurr	13							
mean		14.51	63.63	1.02	5.55	62.09	6.13	1.89
STD		4.10	57.63	1.09	5.37	62.28	2.13	0.55
Toxic	13							
mean		10.98	35.53	0.24	19.93	32.92	8.29	2.29
STD		5.54	33.93	0.49	30.39	34.69	9.78	2.29
Hepatitis	31							
mean		15.30	46.11	0.98	5.47	33.17	6.26	1.96
STD		6.81	37.88	1.02	4.71	46.51	3.15	0.83
Intact-liver	19							
mean		9.32	15.88	0.09	4.00	7.70	3.49	1.38
STD		2.12	8.84	0.08	0.00	6.70	1.34	0.33
Healthy con	50							
mean		5.80	23.1	0.05	4.90	1.60	1.80	0.86
STD		2.20	8.8	0.03	2.60	0.94	1.35	0.15

Conclusion: Levels of DPP and GST are different in: case of rejection, cholestasis and HCV recurrence. Increased free radical level can be seen in the case of complication after transplantation. ROI production is predictor of reperfusion injury. It has a peak-production during the reperfusion that also lasts for 5 days after liver transplantation. The magnitude of the rise is inversely proportional with the graft function and the renal function as well.

GÓCOS MÁJBETEGSÉGEK

Schaff Zsuzsa prof. dr.

A FULMINÁNS HEPATITISZ PLAZMAFEREZIS KEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Dr. Schuller János¹; Dr. Réti Marienn²; Dr. Tremmel Anna²; Dr. Ludányi Andrea^{1,4}; Dr. Benkő Zsuzsa¹; Dr. Újhelyi Enikő³; Dr. Szőnyi László³; Dr. Telegdy László¹

¹Szent László Kórház III. Belgyógyászat; ²Apheresis Osztály; ³Gyermekintenzív Osztály; ⁴jelenlegi mh. Egis Gyógyszergyár; ⁵Semmelweis Egyetem I. Gyermekklinika

A fulmináns hepatitisz rendkívül súlyos prognózisú, rendszerint igen gyors lefolyással és nagy letalitással járó szindróma, melynek hátterében többféle kórkép áll. A betegség gyors lefolyása miatt sok esetben az etiologia tisztázására sincs idő. Legtöbbször még diagnosztizált kórok esetén sincs mód vagy idő az oki terápiára. E három tényező miatt fulmináns hepatitiszben a szupportív kezelés döntő jelentőségű.

Az 1999 és 2005 között eltelt hat év alatt húsz fulmináns hepatitiszes beteg esetében alkalmaztunk plazmaferézist a szupportív terápia részeként.

Hat beteg részesült májátültetésben, átlag 5,3 PEX kezelést követően. Öt beteg gyógyult, akiknél a későbbiekben sem vált szükségessé OLTx végzése. Kilenc beteg meghalt, esetükben donorhiány miatt nem kerülhetett sor májátültetésre. E kilenc beteg közül öten voltak életben 7 napon túl is. Noha a 7 napos határvonal kijelölése némiképp önkényes, mégis, a kórlefolást illető általános tapasztalat alapján ezen betegek esetében a PEX kezelést hatásosnak kell tekintenünk.

Végeredményben 20 beteg kezelése során 16 betegnél a plazmaferézis hatásos volt. Négy beteg egy héten belül került transz-plantációra, esetükben a PEX kezelés hatásosságát nehéz objektíven megítélni. Hét beteget sikerült életben tartani 7 napon túl (közülük két beteg kapott májat). Öt beteg meggyógyult, akiknél az OLTx szükségtelessé vált. Négy beteg halt meg egy héten belül.

Tapasztalataink alapján a plazmaferézist fontos és hatásos terápiás eszköznek tartjuk a fulmináns hepatitisz szupportív kezelésében.

AZ ONKOLÓGIAI GONDOZÁS ESZKÖZEI

Sréter Lídia prof. dr.

A MÁJBIOPSZIA SZEREPE AZ AUTOIMMUN HEPATITISEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Dr. Szabó Zsuzsanna

Szent László Kórház, Patológiai Osztály

Az autoimmun hepatitis (AIH) a máj nem oldódó, progresszív, ismeretlen eredetű gyulladása. Az International Autoimmune Hepatitis Group 1994-ben meghatározta a betegség pontos kritériumait és azt a score szisztémát, melynek alapján a betegség diagnosztizálható. Mivel a klinikai és laboratóriumi leletek mellett a hisztológia is a komplett diagnosztika része, a májbiopszia elvégzése feltétlenül indokolt. A máj szövettani eltéréseit elemző közlemények az AIH-ek morfológiai képét jellegzetesnek, de nem specifikusnak tartják. Sokan úgy vélik, hogy a morfológiai diagnózis csak egyéb betegségek kizárása alapján állítható fel.

A Szent László kórház Patológiai osztályán 1992. január 1. - 2006. január 1. között 3803 májbiopsziát dolgoztunk fel. Az összes eset több mint egyharmad része krónikus hepatitis, ezen belül 184 autoimmun hepatitis eset volt.

Tapasztalatunk szerint a morfológiai elváltozások összessége kórjelző a betegségre. A portalis/peroportalis gyulladás (interface hepatitis) jellemzően plasmasejtes túlsúlyú, a lobulusokon belül párhuzamosan zajlik a hepatocytá károsodás (necrosis) és regeneráció (rozetta formálás).

A gyulladással-necrotikus folyamat súlyosságát és a betegség progresszióját jelző fibrosis mértékét meghatározó hisztológiai aktivitási index (HAI) autoimmun hepatitiszek esetén is alkalmazható. Sőt a grade számszerinti értéke e hepatitis esetén tükrözi leginkább a valós állapotot. Krónikus virális hepatitiszek esetén ugyanis, ellentétben az autoimmun hepatitiszekkel ritkán látunk zonális és/vagy konfluáló necrosist, pedig ez a hisztológiai jel szerepel legnagyobb súllyal (0-6 pont) a grade összetevői között. Így jelentős mértékben hozzáadódik az indexszám kialakításához.

Az előadás célja az autoimmun hepatitiszek hisztológiai képének elemzése során nyert tapasztalatok összegzése, a morfológiai kép egybevetése a C vírus és B vírus fertőzésben észlelttel. Míg vírus fertőzések esetén a látott szöveti képet a szerológia egészíti ki és teszi teljessé, AIH esetén a klinikai és laboratóriumi eredmények a szövettani képpel együtt adják a konkrét diagnózist.

A PBS ÉS A PSC KORSZERŰ TERÁPIÁJA

Szalay Ferenc prof. dr.

CHOLESTATIKUS MÁJBETEGSÉGEK

Szalay Ferenc prof. dr.

HÁROMDIMENZIÓS ULTRAHANG DIAGNOSZTIKA A HEPATOLÓGIÁBAN

Dr. Székely György

Az ultrahangdiagnosztika fejlődésével a három-dimenziós (3D) technika új lehetőségeket nyújt a májbetegségek diagnosztikájában.

A módszer lényege egy microprocessor-computer rendszer, amelyhez egy ultrahang video-jel digitalizáló rendszer, egy magas felbontású monitor, 3D vizsgálófej (3,5-7,5 MHz között) csatlakozik a kétdimenziós alapkészülékhez.

Sorozatmetszeteket végzünk longitudinális, transzverzális és un. c-sík (a transzducer felszínével párhuzamos) síkokból. A készülék lineáris algoritmikus interpoláció útján dolgozza fel a rendszer az aktuális metszeteket. A metszési síkot egy tengely körül elforgatva sorozatmetszeteket kapunk, amelyek digitálisan tárolhatók. Az időegység alatt előállított metszetsorozatokat általában egy piramis alakú információhalmazt adnak, amely hasonlatos egy törzsénél a testfelszínre fektetett és kitárt könyvhez. A sorozatmetszetek un. transzparencia jellegű computeres feldolgozáson mennek át. Ez azt jelenti, hogy a megjelenő metszet előtti, már feldolgozott metszetet kihátrányítva, az adott szerv térbeli, áttetsző, üvegszerű formában jelenik meg. A térbeli kép felbontása kb 0,5 mm. Természetesen a metszési síkok külön is behívhatók és folyamatosan léptethető a kép, amelyek során olyan elváltozások is megfigyelhetők, amelyek a kétdimenziós vizsgálatnál elkerülik a figyelmet. A síkok tetszés szerinti tengely körül elforgathatók és a háromdimenziós rekonstrukciós kép is bármely irányból vizsgálható ("forgatható") és így adja a leginkább térhatású benyomást.

Az új diagnosztikus megközelítés által mód nyílik az egyes érkepletek, a máj- és epeúti elváltozások pontosabb, célzott vizsgálatára és a memóriából előhívva a real-time vizsgálat során nem észlelt patológias eltérések kimutatására.

Gócos májbetegségekben a gócos környezetének való viszonya, érellátása, valamint a 2D síkokban nem látható eltérések kimutatása nyújthatnak új információkat. Lehetőség van a tumor volumen mérésére, a máj érrendszerének pontosabb követésére, a segmentumokban elhelyezkedő elváltozások körüli érdislocatiók igazolására, vena portae thrombosis pontosabb lokalizálására. TIPS beültetés után annak pontosabb ábrázolása és 3D color-Doppler vizsgálata alkalmas a betegek folyamatos követésére.

Esetbemutatásaink során a heamangiómák, primer hepatocellularis carcinoma, cholangio-carcinoma, carcinoid metastasis, TIPS jellegzetességeit mutatjuk be 3D technikával.

MÁJMETASTASIS ADÓ CARCINOID TUMOROK KEZELÉSE

Dr. Szilvás Ágnes, Dr. Székely György, Dr. Szilvási István, Dr. Jakab Ferenc

A carcinoid tumorok előfordulása a gastrointestinalis traktusban mintegy 74 %. Megjelenésük az utóbbi években gyakoribb. A tumor klinikailag különböző formái miatt a nem típusos, syndroma tüneteivel jelentkező esetekben a diagnosztika sokszor nehéz. A daganat megállapítása, lokalizációjának és kiterjedésének meghatározása döntő a terápia megválasztásánál. A tumor progressziója viszonylag lassú, ezért az előrehaladott, metastasist adó esetekben is fontos a kezelés folytatása, ill. a különböző típusú terápiák megválasztása, és esetenkénti módosítása.

A gastrointestinalis carcinoid tumorok leggyakoribb áttéti helye a máj. A tumorok, azon belül a carcinoid tumorok diagnosztikájában a máj érintettsége alapvető kérdés a további kezelés megválasztásában. A gócos elváltozások megállapítása, azok lokalizációját, méretét a terápia megkezdése előtt minden esetben megvizsgáljuk. A máj állapotának megítélésére a laboratóriumi paraméterekkel összehasonlítva képzelt eljárásokat, azon belül ultrahang-vizsgálatot alkalmazunk. A gócos elváltozások méretének, volumetriájának meghatározása alapja a további kezelés megválasztásának, ill. eredményességének megítélésében.

Különböző kezelések hatását vizsgáltuk a carcinoid tumorok metastasisa esetében, onkológiai terápiák/chemoterápia, chemoembolisatio, biológiai terápia - somatostatin, somatuline autogel/, különböző formáiban. A carcinoid tumorok kezelés hatására történő, a tumor méretében, struktúrájában történő változását ellenőriztük. A tumor volumen csökkenését a terápia hatására képzelt vizsgálattal, laboratóriumi vizsgálatokkal kontrolláltuk. A tumor méretének ultrahanggal észlelt változását összevettük a különböző tumor markerek értékével - 5HIAA, Chromogonin.

Vizsgálatainkkal a carcinoid tumorok ellenőrzésének fontosságára, ezen belül a non invazív és a beteg számára nem megterhelő módszerek alkalmazására hívjuk fel a figyelmet.

PIMZ HETEROZIGOTA ÁLLAPOT GYERMEKKORI MÁJBETEGSÉGEKBE

Szőnyi L., Dezsőfi A.

Semmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekklinika, Budapest

Az alfa-1-antitripszin PiMZ heterozigóta hordozás májbetegséget okozó hatása a szakirodalomban nem eldöntött kérdés. A vizsgálat célja volt PiMZ heterozigóta állapot vizsgálata krónikus májbeteg gyermekekben.

Összesen 238 krónikus májbeteg közül 9 esetben találtunk PiMZ hordozást. A kilenc gyermek négy betegségcsoportba volt sorolható: három esetben csecsemőkori hepatitisz szindróma, három esetben immunológiai mechanizmusú májbetegség, két esetben „transzaminitisz” (tünetmentes állapotban emelkedett transzferáz aktivitás), egy esetben öröklődő anyagcsere-betegség, mucoviscidosis.

A három csecsemő csecsemőkori hepatitisz szindrómában szenvedett (egy lány, két fiú) közülük kettő (mindkettő fiú), meghalt csecsemőkorában. Az egyiknél neonatalis haemochromatosis volt igazolható, a másik csecsemő halál oka ismeretlen maradt. A harmadik csecsemő icterusa egyéves korára oldódott, laboratóriumi értékei normalizálódtak, tünet és panaszmentessé vált és maradt. Három gyermeknél immunpatomechanizmusú betegséget igazoltunk: kettőnél I. típusú autoimmun hepatitisz, egynél cholangitis sclerosans colitis ulcerosával. Annak ellenére, hogy az autoimmun hepatitisz megjelenése lányokban gyakoribb, mindkét autoimmun hepatitiszben szenvedő PiMZ betegünk fiú volt. Két lány esetében a PiMZ heterozigóta állapot a szérumszferáz ismeretlen eredetű emelkedése okának kivizsgálása során derült ki. A lányoknak egyéb, májbetegségekre utaló laboratóriumi eredménye vagy fizikális eltérése nem volt. Egy gyermeknek mucoviscidosisa volt, enyhe májérintettséggel. Portalis hipertensióra vagy májparenchyma károsodásra utaló jelek nem voltak.

Összességében a 9 PiMZ fenotípusú gyermek közül kettő meghalt, kettő tünetmentesen gyógyult, ötnél a heterozigóta állapot ismert aetiológiájú kórképhez társult.

A PiMZ heterozigóta állapot kóroki szerepe vitatott. Jelenlegi adataink alapján nem állítható biztonsággal, hogy a PiMZ heterozigóta állapot gyermekkorban májbetegséget okoz, de figyelemre méltó, hogy anyagunkban jelentős arányban találtunk különböző súlyosságú májbetegség tüneteit mutató betegekben PiMZ fenotípust. Az utóbbi években felmerült az AAT mutáns allélok komorbid tényezőkénti szerepe. Anyagunkban erre utal, hogy autoimmun hepatitiszben gyakoribb a mutáns allél, illetve az, hogy az érintett, autoimmun hepatitiszben szenvedő betegek – az általános lány dominanciával szemben – fiúk voltak.

HEMODYNAMIKAI PARAMÉTEREK VIZSGÁLATA HIPOTERM MÁJTRANSZPLANTÁLT BETEGEKNÉL

Tóth Szabolcs dr.¹, Orgoványi Márta², Császár Veronika², Fazakas János dr.¹,

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Semmelweis Egyetem, ÁOK, V. évfolyam

A máj részvétele a hőtermelésben a májbetegség súlyosságával arányosan csökken. Az anhepatikus állapot fokozza a hipotermia előfordulási gyakoriságát májtranszplantáció alatt (OLTx). Jelen tanulmányban a hipotermia következményeit vizsgáltuk májtranszplantáció perioperatív időszakában. Tanulmányoztuk az intraoperatív volumetriás-hemodinamikai (CI, ITBI, CVP, MAP, SVR, EVLWI) és oxigenizációs paraméterek (DO₂I, VO₂I), valamint a regionális perfúzió (pHi, prCO₂) műtét alatti változását 54 májtranszplantáció kapcsán. A méréseket bemetszés előtt, májkivétel alatt, anhepatikus fázisban és májreperfúziót követően végeztük. A centrálisan mért hőmérséklet alapján a betegeket két csoportba soroltuk: A csoport (T<35°C, artériás reperfúzióig, n=25) és B csoport (T>36°C, OLTx teljes ideje, n=29). A statisztikai analízishez Wilcoxon, Chi négyzet tesztet használtunk. Azonos mellkasi volumenszámok (ITBI) mellett szignifikánsan magasabb CVP volt mérhető a hipoterm csoportban az OLTx teljes ideje alatt (p<0,02). Májkivétel után és reperfúziót követően alacsonyabb globális áramlási viszonyokat (CI, (p<0,02) és szignifikánsan magasabb SVR, MAP (p<0,02) értékeket találtunk a hipoterm csoport betegeinél. Azonos oxigén szállítás mellett a B csoport oxigén fogyasztása szignifikánsan kevesebb volt reperfúziót (p<0,02) követően. A csoportok között nem találtunk szignifikáns különbséget a regionális paraméterek: EVLWI, pHi vizsgálatánál. A hipoterm csoportban szignifikánsan magasabb volt az intraoperatív vérigény (p<0,02), több beteg igényelt posztoperatív vazopresszor terápiát (p<0,02), gyakoribb volt az azotémia és a szepszis előfordulása (p<0,02), magasabb volt a mortalitás de nem szignifikánsan. A hipotermia okozta hemodinamikai és koagulációs változások összefüggésbe hozhatók a posztoperatív szövődmények kialakulásával.

CMV-INFEKCIÓ PROFILAXIS MÁJTRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐEN

Varga M., Kóbori L., Görög D., Gerlei Zs., Fehérvári I., Nemes B., Sárvári E., Járny J.

SE ÁOK, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A Herpesviridae családba tartozó Cytomegalovirus komoly veszélyt jelent az immunszupprimált – többek között - a transzplantált betegek részére. Fokozott rizikót jelent, ha a CMV-szeregativ recipiens szeregativ donortól kapja a szervet, és immunszupprimált állapotban jön létre a primer infekció.

1995-2005-ig 259 májtranszplantáció történt 243 recipiens számára a SE Transzplantációs és Sebészeti Klinikán. 243 betegből 29 (12 %) volt CMV-szeregativ, közülük 24 kapott szervet szeregativ donortól. Szerostátusz eltérés esetén különböző profilaxis protokollokkal lehet kivédeni a primer infekciót vagy enyhíteni a fertőzés tüneteit.

A szerzők 3 csoportba sorolták a betegeket annak megfelelően, hogy részesültek-e profilaxisban vagy, ha igen, hogy milyen protokoll szerint kezelték: 1. csoport: a recipiensek nem kaptak profilaxist (3 beteg), 2. csoport: profilaxis hyperimmun gammaglobulinnal (7 beteg), 3. csoport: profilaxis ganciclovirral (14 beteg). A 3 csoportban összehasonlították a profilaktikus kezelés eredményességét.