

Infeksi *Helicobacter Pylori* dan Risiko Keganasan Lambung

Penelitian kohort prospektif ini meneliti dampak dari infeksi *H. pylori* pada perkembangan dari berbagai keganasan lambung. Secara prospektif diikuti 1225 orang Taiwan yang mengalami dyspepsia diantaranya dyspepsia non ulkus, ulkus gaster, atau ulkus duodenum. Diantara mereka, 618 (50,4%) memiliki infeksi *H. pylori* dan 607 (49,6%) tidak terinfeksi. Pasien dilakukan pemeriksaan endoskopi pada saat awal dan pada interval 1 sampai 3 tahun kemudian. Hasil dari penelitian ini, selama rerata *follow up* 6,3 tahun, adenokarsinoma lambung terjadi pada 7 dari 618 pasien yang terinfeksi *H. pylori*, tapi tidak satupun ditemukan dari 607 yang tidak terinfeksi (1,1% Vs 0,0%, $p = 0,015$). Insiden dari limfoma gaster adalah 0,2% (1/618) dan 0% pada yang terinfeksi *H. pylori* dan yang tidak terinfeksi. Secara keseluruhan, angka perkembangan dari keganasan lambung pada pasien terinfeksi *H. pylori* secara bermakna lebih tinggi dari pada yang tidak terinfeksi (1,3% vs 0%, $p = 0,007$). Diantara pasien yang terinfeksi *H. pylori*, insiden keganasan lambung sama diantara mereka yang menerima dan tidak menerima terapi eradikasi (1,4% vs 1,2%). Analisis multivariate menunjukkan bahwa metaplasia intestinal merupakan satu-satunya factor predictor independen untuk berkembangnya keganasan lambung pada pasien yang terinfeksi *H. pylori* dengan rasio odds 4,5 (95% CI 1,1-19,1). Sebagai kesimpulan pada studi prospektif ini, semua keganasan lambung, meliputi adenokarsinoma dan limfoma terjadi pada pasien yang terinfeksi *H. pylori*. Temuan ini menunjukkan bahwa *H. pylori* merupakan penyebab penting dari kebanyakan keganasan lambung. Indikasi Follow up dari pasien terinfeksi *H. pylori* yaitu mereka yang memiliki metaplasia intestinal.

Ping-I Hsu, et al. *Helicobacter pylori* Infection and the Risk of Gastric Malignancy. *Am J Gastroenterol* 2007;102:725–730

Kortikosteroid Mempengaruhi Mortalitas dan Morbiditas dari Sakit Kritis Akut

Penggunaan kortikosteroid untuk suplementasi dan atenuasi dari respon inflamasi dan imun sudah luas pada sakit kritis akut. Hipotesis penelitian bahwa paparan terhadap kortikosteroid mempengaruhi mortalitas dan morbiditas pada sakit kritis akut. Penelitian kasus-kontrol retrospektif dilakukan pada unit terapi intensif yang mengikutkan 10.285 pasien sakit kritis antara 1 januari 1999 sampai 31 desember 2004. Demografi, komorbiditas, karakter dari sakit akut yang meliputi pengukuran beratnya dengan Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), pengobatan, intervensi terapi dan insiden dari infeksi diperoleh dari catatan medis elektronik, yang diperiksa dengan analisis regresi multiple dan diadjusted untuk kecederungan paparan kortikosteroid. Outcome primernya adalah kematian rumah sakit, dan outcome sekundernya adalah pengiriman ke fasilitas pelayanan di RS. Hasil dari penelitian ini adalah paparan kortikosteroid pada 2.632 (26%) pasien ditandai dengan usia yang lebih muda, lebih banyak perempuan, komorbiditas Charlson yang lebih tinggi dan skor SOFA harian yang lebih tinggi dibandingkan control. Kortikosteroid berpotensi sekelele metabolic dan neuromuscular dari sakit kritis disertai dengan meningkatnya kebutuhan untuk diuretic, insulin, kesulitan weaning dari ventilasi mekanik, kebutuhan trakeostomi dan keluar dari fasilitas pelayanan. Paparan dini terhadap kortikosteroid merupakan predisposisi berulangnya dan onset lambat dari infeksi nosokomial polimikroba dan jamur. Kortikosteroid meningkatkan risiko kematian atau kecacatan setelah penyesuaian untuk komorbiditas dan karakteristik dari sakit akut. Sebagai kesimpulan kortikosteroid meningkatkan risiko kematian atau kecacatan pada sakit kritis. Infeksi

nosokomia dan sekuele metabolic dan neuromuskuler dari sakit kritis di cetuskan oleh kortikosteroid. Penilaian yang hati-hati dari indikasi penggunaan kortikosteroid perlu untuk menyeimbangkan keuntungan dan risiko dari paparan pada sakit kritis akut.

Rady MY, Johnson DJ, Patel B, Larson J, Helmers R. Corticosteroids influence the mortality and morbidity of acute critical illness. *Critical Care* 2006;10(4):R101

Prasugrel Versus Clopidogrel pada Pasien dengan Sindrom Koroner Akut

Terapi dengan dua antiplatelet dengan aspirin dan thienopyridine merupakan hal penting pada penanganan untuk mencegah komplikasi thrombosis dari sindrom koroner akut (SKA) dan intervensi koroner perkutan (PCI). Untuk membandingkan thienopyridine yang baru dengan clopidogrel, dilakukan randomisasi pada 13.608 pasien dengan risiko SKA sedang –berat yang direncanakan dilakukan PCI untuk menerima prasugrel (loading dose 60 mg dan dosis pemeliharaan 10 mg) atau clopidogrel (loading dose 300mg dan dosis pemeliharaan 75 mg), selama 6 -15 bulan. End point primer adalah kematian karena penyakit kardiovaskular, infark miokard yang tidak fatal, atau stroke yang tidak fatal. End point kunci adalah perdarahan mayor.

Hasil dari penelitian ini, end point primer terjadi pada 12,1% dari pasien yang menerima clopidogrel dan 9,9% dari pasien yang menerima prasugrel (hazard ratio untuk prasugrel versus clopidogrel 0,81;95% CI 0,73-0,90;P<0,001). Ditemukan reduksi yang bermakna pada kelompok prasugrel pada angka infark miokard (9,7% untuk clopidogrel vs 7,4% untuk prasugrel; P<0,01), revaskularisasi pembuluh darah target segera (3,7% vs 2,5%;P<0,001), dan thrombosis sten (2,4% vs 1,1%;P<0,01). Perdarahan mayor ditemukan pada 2,4% pasien yang menerima prasugrel dan 1,8% dari pasien yang menerima clopidogrel (Hazard ratio 1,32;95% CI 1,03-1,68;P=0,03). Angka perdarahan yang mengancam

nyawa juga lebih tinggi pada kelompok prasugrel (1,4% vs 0,9%;P=0,01), meliputi perdarahan nonfatal (1,1% vs 0,9%; hazard ratio 1,25; P=0,23) dan perdarahan fatal (0,4% vs 0,1%; P=0,002).

Sebagai kesimpulan, pada pasien dengan SKA yang direncanakan untuk dilakukan PCI, terapi prasugrel dihubungkan dengan penurunan bermakna pada angka dari kejadian iskemik, meliputi trombosis sten, tapi dengan peningkatan risiko perdarahan mayor, meliputi perdarahan fatal. Mortalitas secara keseluruhan tidak berbeda antara kelompok terapi.

Wiviott SD, *et al.* Prasugrel versus Clopidogrel in Patients with Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med* 2007;357:2001-15.