

## Newsletter pediatrica. La sorveglianza della letteratura per il pediatra.

Bollettino bimestrale  
Newsletter pediatrica 2007; n° 17 (Volume 4): pag. 1-15

---

### Su questo numero

<b>Presentazione</b>	pag. 2
<b>Letteratura primaria</b>	
Amoxicillina in monosomministrazione nella faringite streptococcica?	pag. 3
Algoritmo per identificare i bambini ad alto rischio dopo trauma cranico	pag. 4
Immunomodulatori topici per il trattamento dell'eczema e risposta vaccinale	pag. 5
Due argomenti di cardiologia: morte improvvisa cardiovascolare e cardiomiopatie	pag. 6
Fattori predittivi di chiusura spontanea del DIA isolato	pag. 7
Valutazione dell'applicazione delle linee guida per l'ADHD	pag. 8
Caratteristiche cliniche e di laboratorio delle infezioni urinarie non-E coli	pag. 8
Frequenza e caratteristiche degli eventi avversi dopo prima e seconda dose di MMR	pag. 9
Identificazione "rapida" dell'herpes virus 6 e infezione batterica severa	pag. 10
Uso dei fluorchinolonici in pediatria	pag. 10
Epidemiologia, diagnosi e terapia dell'infezione perinatale da epatite C	pag. 11
<b>In breve</b>	pag. 13
<b>Cochrane Database of Systematic Review</b>	
Il 1° aggiornamento del 2007	pag. 15

---

La distribuzione della newsletter è limitata ai soci ACP e al personale dell'IRCCS Burlo Garofolo ed avviene per posta elettronica. Per riceverla è necessario iscriversi al servizio inviando una e-mail all'indirizzo [newsletter@csbonlus.org](mailto:newsletter@csbonlus.org) con oggetto "Conferma newsletter" e specificando:

- 1) Nome, cognome, città e professione (pediatra di famiglia, ospedaliero, ecc)
- 2) Il numero/i della newsletter ricevuto/i e se interessano gli eventuali arretrati.

Tale e-mail va inviata **una volta sola** in occasione della prima iscrizione al servizio. La newsletter sarà successivamente inviata in automatico agli iscritti.

Gli arretrati sono disponibili sul sito [www.csbonlus.org](http://www.csbonlus.org), nella sezione Risorse (**vedi**).

Per corrispondenza:

Luca Ronfani, e-mail: [ronfani@burlo.trieste.it](mailto:ronfani@burlo.trieste.it), tel. e fax 040 3785401

Anna Macaluso, e-mail: [newsletter@csbonlus.org](mailto:newsletter@csbonlus.org), tel: 040 3220447, fax : 040 3224842

### **Cos'è la newsletter**

- La newsletter nasce nel febbraio 2004 come strumento di aggiornamento per il pediatra di famiglia o ospedaliero generalista all'interno di una convenzione stipulata tra l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) e il Centro per la Salute del Bambino (CSB).
- Dal febbraio 2005 partecipa alla sua produzione anche il Servizio di Epidemiologia e Biostatistica dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.
- Vengono sorvegliate in maniera sistematica da un gruppo di pediatri di famiglia e ospedalieri le seguenti riviste:
  - Lancet
  - British Medical Journal (BMJ)
  - Journal of American Medical Association (JAMA)
  - New England Journal of Medicine
  - Archives of Diseases in Childhood (ADC)
  - Paediatrics
  - Journal of Pediatrics
  - Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.
- Viene analizzata periodicamente la Cochrane Library per identificare revisioni sistematiche di possibile interesse per il pediatra.
- Ogni 2 mesi viene prodotto un bollettino distribuito via e-mail agli iscritti al servizio.

---

### **Istruzioni per l'uso**

La newsletter è stata pensata per un utilizzo elettronico (direttamente da PC). Gli articoli selezionati vengono presentati con un riassunto dei principali risultati e con un breve commento; è presente un collegamento ipertestuale all'abstract e, dove possibile, al testo completo dell'articolo citato (la cui referenza viene comunque riportata alla fine di ciascun paragrafo). Cliccando sulle parti blu (CTRL + click in caso di Windows XP) dopo essersi collegati ad Internet si può dunque visualizzare abstract o testo completo.

[Torna all'indice](#)

## Letteratura primaria

### Amoxicillina in monosomministrazione nella faringite streptococcica?

Questo RCT pubblicato su *Pediatric Infectious Disease Journal* ([vedi abstract](#)) confronta nel trattamento della faringite streptococcica la somministrazione di amoxicillina in unica dose giornaliera rispetto a quella in due dosi.

<b>Obiettivo</b>	Valutare nel trattamento della faringite streptococcica l'equivalenza dell'amoxicillina somministrata in unica somministrazione giornaliera rispetto allo stesso farmaco somministrato due volte al giorno.
<b>Setting</b>	Un poliambulatorio pediatrico, USA.
<b>Disegno</b>	RCT. Era garantita la cecità solo dei valutatori degli esiti. Non vi sono informazioni su come sia stato garantito il nascondimento della sequenza di randomizzazione. Viene realizzata anche un'analisi per intention to treat (ITT). La numerosità del campione reclutato sembra adeguata.
<b>Pazienti/Patologia</b>	Sono stati reclutati soggetti tra 3 e 18 anni con segni e sintomi clinici di faringite streptococcica e tampone rapido positivo (poi confermato dalla coltura).
<b>Intervento</b>	Amoxicillina (750 mg/die nei soggetti con peso <40 kg; 1000 mg/die nei soggetti con peso ≥40 kg) somministrata una (gruppo sperimentale) o due volte al giorno.
<b>Outcomes misurati</b>	L'outcome principale era il fallimento batteriologico alla prima visita di follow up definito sia dalla persistenza dello streptococco alla coltura dopo tampone, sia dalla ricorrenza clinica. Outcome secondario era il fallimento alla seconda visita di follow up e la combinazione di fallimento alla prima e alla seconda visita di follow up.
<b>Follow up</b>	Erano previste due visite, la prima a 14-21 giorni dopo l'avvio del trattamento, la seconda a 28-35 giorni. In entrambi i casi oltre alla visita veniva realizzato un tampone per coltura.
<b>Principali risultati</b>	Sono stati randomizzati 625 soggetti, 326 per gruppo. I pazienti valutati alla prima visita di follow up sono stati 294 per il gruppo allocato ad una dose di farmaco e 296 per il gruppo allocato a due dosi. Circa il 10% dei pazienti sono stati quindi esclusi dall'analisi al momento della prima visita, il 7% perché persi al follow up. Un ulteriore 4% di soggetti non si è presentato al secondo controllo. I due gruppi erano sostanzialmente comparabili per le principali caratteristiche cliniche e demografiche. Alla prima visita di follow up il fallimento batteriologico era presente nel 20% dei soggetti che avevano ricevuto una dose/die di amoxicillina vs 15,5% dei soggetti trattati con due dosi/die. La differenza non è risultata statisticamente significativa (4,5%, IC 95% da -0,6 a 9,7). Alla seconda visita di follow up il fallimento era presente in un ulteriore 3% di soggetti nel gruppo che riceveva una dose/die vs 7% nel gruppo due dosi/die (differenza 4%, IC 95% da -7,7 a -1). Non ci sono state differenze negli eventi avversi tra i due gruppi (circa 1% di reazioni allergiche).
<b>Conclusioni degli autori</b>	L'amoxicillina somministrata in unica somministrazione giornaliera non è inferiore all'amoxicillina somministrata in due dosi/die.

Il lavoro conferma su un campione ampio di soggetti quanto già evidenziato in due precedenti RCT realizzati con numeri molto più piccoli (Shvartzman 1993, [vedi abstract](#), Feder 1999, [vedi abstract](#)). Colpisce comunque in questo lavoro l'alta percentuale di fallimento batteriologico a 14-21 giorni (20% nel gruppo con monosomministrazione giornaliera e 15% nel gruppo con due dosi), superiore a quella riportata dai due precedenti RCT (4 e 5% per il gruppo in monosomministrazione). Il problema è presumibilmente legato ai portatori sani. In effetti circa la metà dei fallimenti rilevati dagli autori, senza differenze tra i due gruppi, era legato alla sola persistenza al tampone dello stesso ceppo isolato al momento della diagnosi. Di conseguenza la percentuale di ricorrenza clinica di infezione era del 9% nel gruppo con somministrazione unica di amoxicillina e del 7% nel gruppo con due dosi/die. È sufficiente questo studio per modificare le attuali pratiche sulla somministrazione di antibiotico nei bambini con faringite streptococcica? Il lavoro ha sicuramente un problema di generalizzabilità dei risultati, come sottolineato anche dagli autori, in quanto realizzato in un unico ambulatorio pediatrico. Maggiori certezze deriveranno probabilmente dalle due revisioni Cochrane in via di pubblicazione (differente durata del trattamento e differenti regimi) e di cui al momento è disponibile solo il protocollo. Ci sembra opportuno rifarci a quanto riporta sull'argomento il Red Book (ed. 2003), che raccomanda come prima scelta la penicillina V 2 o 3 volte al giorno per 10 giorni. L'amoxicillina viene indicata in alternativa e anche il Red Book cita (come preliminari) gli studi che confermerebbero l'uguale efficacia della monosomministrazione di

amoxicillina per 10 giorni rispetto alla penicillina V somministrata 3 volte al giorno per 10 giorni. Le stesse indicazioni sono riportate da una delle linee guida internazionali (IDSA, USA, 2002) citate in un recente lavoro pubblicato su Medico e Bambino sul trattamento della faringotonsillite. Le altre due raccomandano la penicillina.

Per concludere, ci sembra che il punto fermo resti l'efficacia dell'amoxicillina nel trattamento della tonsillofaringite streptococcica. Tale farmaco resta, per questioni di comodità e di migliore compliance, l'antibiotico "preferito" in Italia per il trattamento di tale malattia. Probabilmente la somministrazione una o due volte al giorno non fa la differenza rispetto alla guarigione. Lasciamo comunque la risposta a tale quesito alle conclusioni dei revisori della Cochrane e a chi avrà il compito di rivedere le linee guida alla luce di queste nuove evidenze.

#### Referenze

Clegg HW, Ryan AG, Dallas SD, et al.. Treatment of streptococcal pharyngitis with once-daily compared with twice-daily amoxicillin: a noninferiority trial. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:761-7.

Bergamini M, Bussi R, Buzzetti R, et al. Una vecchia "conoscenza" (la faringotonsillite) e i nuovi dubbi: trattare, non trattare... *Medico e Bambino* 2006;25:570-578.

[Torna all'indice](#)

#### Algoritmo per identificare i bambini ad alto rischio dopo trauma cranico.

Uno studio di coorte prospettico multicentrico (10 pronto soccorsi) realizzato nel Regno Unito e pubblicato su *ADC* ([vedi abstract](#)) ha messo a punto un algoritmo diagnostico per la selezione dei bambini con trauma alla testa da considerarsi ad alto rischio per la realizzazione della TAC. Sono stati reclutati tutti i pazienti di età minore a 16 anni con storia o segni di trauma alla testa che si sono presentati nel periodo dello studio presso i 10 centri. Per ciascun paziente sono state raccolte informazioni su tipo di trauma, segni, sintomi e trattamento grazie ad una scheda standardizzata e testata in precedenza (studio pilota). Sono stati quindi identificati i soggetti con patologia intracranica clinicamente significativa (outcome principale dello studio) definita dalla morte, dalla necessità di intervento neurochirurgico o dalla positività della TAC e, con l'analisi multivariata, sono state identificate le variabili predittive di tale condizione. Sono stati reclutati 22772 bambini, di cui 281 (1,2%) ha presentato patologia intracranica clinicamente significativa. Il modello sviluppato è riportato nel box sottostante. Ha dimostrato una sensibilità del 98% e una specificità dell'87% nel predire una patologia intracranica clinicamente significativa. La sua applicazione ha richiesto la realizzazione della TAC nel 14% della popolazione studiata.

#### Algoritmo

Una TAC è richiesta in presenza di uno dei seguenti criteri:

##### • Storia

- Perdita di coscienza > 5 minuti
- Storia di amnesia (anterograda o retrograda) con durata > 5 minuti
- Sonnolenza anomala (superiore rispetto all'atteso da parte del medico che visita)
- 3 o più vomiti dopo il trauma
- Sospetto di trauma non accidentale
- Convulsioni dopo il trauma in paziente senza storia di epilessia

##### • Esame obiettivo

- Glasgow score <14 (<15 se bambino <1 anno)
- Sospetto di trauma penetrante o depressione del cranio o fontanella ipertesa
- Segni di frattura della base cranica (definita dalla evidenza di sangue o liquor da naso o orecchie, "occhi da panda" (ecchimosi periorbitali), segno di Battle (ecchimosi retroauricolari), emotimpano, crepitio facciale o serio trauma facciale)
- Neurologia focale positiva (presenza di qualsiasi segno neurologico, incluse anomalie motorie, sensitive, coordinatorie, dei riflessi)
- Presenza di ematomi, tumefazioni o lacerazioni >5 cm nel bambino <1 anno.

##### • Meccanismo del trauma

- Incidente stradale ad alta velocità (> 40 km/h) sia come pedone, che come ciclista che come passeggero.
- Caduta da altezza di 3 metri o più
- Trauma dovuto a proiettile o ad oggetti ad alta velocità.

In assenza di queste variabili il paziente è da considerarsi a basso rischio di patologia intracranica.

In discussione gli autori raccomandano una comunicazione adeguata per i pazienti classificati come a basso rischio rispetto alla possibile insorgenza di sintomi di alto rischio.

L'argomento è già stato affrontato nelle newsletter 3 e 13 (studio NEXUS II).

#### Referenze

Dunning J, Patrick Daly J, Lomas JP, et al. Derivation of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events decision rule for head injury in children. Arch Dis Child 2006; 91: 885-891.

[Torna all'indice](#)

### Immunomodulatori topici per il trattamento dell'eczema e risposta vaccinale.

Un trial clinico pubblicato su ADC ([vedi abstract](#)) ha valutato la risposta vaccinale in un gruppo di bambini con dermatite atopica trattati localmente con tacrolimus e idrocortisone.

<b>Obiettivo</b>	Valutare se l'uso prolungato di immunomodulatori nel trattamento della dermatite atopica sia associato ad immunosoppressione. In particolare gli autori vogliono verificare l'equivalenza della risposta alla vaccinazione contro il meningococco in un gruppo di bambini con dermatite atopica (DA) trattati con pomata a base di tacrolimus o di idrocortisone rispetto ad un gruppo di bambini senza dermatite atopica.
<b>Setting</b>	27 Centri in 7 paesi europei e 10 Centri in Australia.
<b>Disegno</b>	RCT multicentrico, in doppio cieco rispetto al trattamento topico somministrato al gruppo con dermatite atopica. Randomizzazione, nascondimento della sequenza generata e cecità sembrano adeguate. Non viene presentata un'analisi per ITT.
<b>Pazienti/Patologia</b>	Sono stati reclutati bambini di età compresa tra 2 e 11 anni, con manifestazioni cliniche di dermatite atopica di grado moderato-severo. Tali pazienti sono stati allocati in maniera randomizzata a ricevere una pomata a base di tacrolimus (2 volte/die per 3 settimane poi 1 volta/die fino a risoluzione) oppure a base di idrocortisone (2 volte/die per 2 settimane poi 2 volte/die fino a risoluzione); erano vietati durante lo studio altri trattamenti topici e sistemici a base di steroidi, immunosoppressori o immunomodulatori. Il gruppo di controllo era costituito da soggetti tra 2 e 11 anni senza dermatite atopica e quindi non trattati.
<b>Intervento</b>	Somministrazione di vaccino coniugato per meningococco di gruppo C dopo 1 settimana dal reclutamento cui seguiva un challenge con somministrazione di una bassa dose di vaccino polisaccaridico dopo 6 mesi.
<b>Outcomes misurati</b>	L'outcome principale dello studio era la percentuale di pazienti con titolo di anticorpi battericidi nel siero (SBA) $\geq 8$ alla 5 <sup>a</sup> settimana.
<b>Follow up</b>	Sono state realizzate visite di controllo a 1 e 5 settimane e a 6 e 7 mesi dal reclutamento. La perdita al follow up non è chiara e non viene presentato l'algoritmo dello studio.
<b>Principali risultati</b>	Sono stati reclutati 232 pazienti (121 allocati al gruppo tacrolimus, 111 al gruppo idrocortisone) e 44 controlli. La percentuale di risposta (pazienti con titolo SBA $\geq 8$ alla 5 <sup>a</sup> settimana) è stata la stessa nei 3 gruppi (97,5% in quello tacrolimus, 99,1% in quello idrocortisone e 97,7% in quello di controllo).
<b>Conclusioni degli autori</b>	Non è stata evidenziata alcuna differenza nella risposta immune alla vaccinazione antimeningococcica fra bambini con dermatite atopica in trattamento con tacrolimus o idrocortisone e bambini senza dermatite atopica. L'applicazione di immunomodulatori topici non sembra quindi determinare effetti avversi nella risposta immediata alla vaccinazione, né nella memoria immune umorale o cellulo-mediata.

Abbiamo segnalato lo studio in quanto la dermatite atopica è un problema di riscontro molto frequente in ambulatorio e i trattamenti che abbiamo a disposizione richiedono spesso una somministrazione prolungata per l'andamento cronico-ricidivante della malattia. Considerato che precedenti studi hanno dimostrato l'efficacia del tacrolimus e la possibilità di usarlo anche per periodi di 1 anno e in sedi particolari (a differenza del cortisone per uso topico, non causa atrofia cutanea e perciò può essere usato anche in zone dove la pelle è più sottile, quali il collo ed il viso), ci è sembrato interessante verificare i dubbi sulla possibilità di immunosoppressione legata al suo utilizzo. Lo studio sembra di buona qualità, almeno per quanto riguarda gli aspetti relativi a randomizzazione e cecità, ma va considerato comunque il ruolo dello sponsor che ha tra l'altro gestito la randomizzazione. Alcune considerazioni: la dermatite atopica è un quadro clinico che interessa in modo particolare i bambini piccoli; l'utilizzo del tacrolimus non è raccomandato sotto i 2 anni di età e dunque la casistica, come succede anche nello studio considerato, non può includere i

bambini più piccoli. Non sappiamo nulla sugli effetti relativi alla risposta anticorpale ai vaccini vivi attenuati, peraltro anch'essi somministrati ben prima dei 2 anni di vita. Ci sono pertanto alcuni punti aperti, che impediscono di ritenere completamente esaustive le conclusioni. Si ricorda inoltre che dell'uso topico dei farmaci immunomodulanti si era già parlato nella newsletter 7, in relazione al possibile rischio di malignità nell'uomo. Per maggiori informazioni su questo aspetto si rimanda anche al sito dell'AIFA ([vedi](#)).

#### Referenze

Hofman T, Cranswick N, Kuna p, et al. Tacrolimus ointment does not affect the immediate response to vaccination, the generation of immune memory. or humoral and cell-mediated immunity in children. Arch Dis Child 2006;91:905-10.

[Torna all'indice](#)

#### **Due argomenti di cardiologia: morte improvvisa cardiovascolare e cardiomiopatie.**

Obiettivo di uno studio epidemiologico realizzato in Veneto e pubblicato su JAMA ([vedi abstract](#)) è quello di valutare in giovani atleti che praticano attività agonistica l'effetto dell'introduzione per legge (1982) dello screening cardiologico con visita ed ECG sull'incidenza di morte improvvisa cardiovascolare. È stato analizzato il trend nella mortalità improvvisa cardiovascolare tra il 1979 e il 2004 nella popolazione di atleti e non atleti di età compresa tra 12 e 35 anni in Veneto. I dati sono stati suddivisi in 3 periodi: pre-screening (1979-1981); post-screening precoce (che identifica il periodo 1982-1992 e cioè i primi anni dopo l'introduzione dello screening); post-screening tardivo (che identifica il periodo 1993-2004). Uno studio parallelo realizzato presso il Centro di medicina dello sport di Padova ha valutato gli esoneri dall'attività sportiva agonistica per cause cardiovascolari tra il 1982 e il 2004. Lo studio ha coinvolto i Centri di medicina dello sport della regione Veneto, l'Istituto di Anatomia Patologica di Padova e il Registro Regionale delle Morti Improvvise giovanili del Veneto. L'incidenza annuale di morte improvvisa cardiovascolare negli atleti si è ridotta dell'89% dal periodo pre-screening a quello post-screening tardivo (3,6 vs 0,4 x 100.000 anni-persona,  $p < 0,001$ ), mentre quella dei non atleti non sottoposti a screening è rimasta sostanzialmente invariata nel periodo dello studio (intorno a 0,8 x 100.000 anni-persona). La riduzione maggiore della mortalità tra gli atleti si registra a carico delle cardiomiopatie ed in particolare alla cardiomiopatia ventricolare destra aritmogena. Tra gli atleti deceduti, il 44% presentava allo screening segni e sintomi (di cui il 20% clinici) non ritenuti significativi (storia familiare di cardiomiopatia, morte improvvisa, palpitazioni durante l'esercizio, sincope, dolore polmonare, murmure cardiaco, modificazioni all'ECG, battito ventricolare prematuro). Circa la metà di questi atleti avevano realizzato ulteriori accertamenti, risultati negativi. Lo studio parallelo realizzato a Padova ha messo in evidenza che il 9% degli atleti screenati sono stati sottoposti ad ulteriori accertamenti (Holter, ecocardiografia) e che il 2% è stato alla fine escluso dall'attività sportiva agonistica per cause cardiovascolari (anomalie del ritmo, ipertensione, malattie delle valvole, cardiomiopatie, malattia coronarica). Gli autori concludono che dopo l'introduzione dello screening l'incidenza di morte improvvisa in Veneto si è ridotta in maniera significativa nei giovani atleti. Lo studio è accompagnato da un editoriale di commento. Secondo gli editorialisti il lavoro non dimostrerebbe in maniera definitiva il valore dello screening. Si tratta infatti di uno studio di popolazione e non di un trial controllato (screening vs non screening). Potrebbero essere intervenuti negli anni fattori esterni allo screening che hanno modificato l'esito (ad esempio un migliore e più precoce riconoscimento delle cardiopatie aritmogene da parte di medici di famiglia esterni allo studio). Il secondo aspetto sottolineato nell'editoriale riguarda il ruolo dell'ECG di routine nel processo di screening. Nel lavoro manca infatti un confronto tra semplice screening clinico (che viene fatto negli USA) e screening strumentale (che viene realizzato in Europa ed è chiaramente più costoso). Senza questo confronto non è possibile valutare quanto l'ECG aggiunga allo screening clinico. Secondo gli autori inoltre è sorprendente il dato del 2% di atleti esonerati per cause cardiovascolari, che sembra essere più alto rispetto a quello ottenuto negli Stati Uniti con sistemi simili di screening. Gli autori dell'editoriale comunque riconoscono il rigore metodologico dello studio italiano e sottolineano la sua importanza nel dibattito sul ruolo dello screening. Mettono inoltre in evidenza l'importanza di una valutazione adeguata da parte del medico dei segni e sintomi



non elettrocardiografici che erano presenti in una parte importate dei soggetti deceduti e che, se adeguatamente valorizzati e indagati, avrebbero potuto prevenire una parte della mortalità cardiaca improvvisa.

Sempre su JAMA ([vedi abstract](#)) viene pubblicato uno studio epidemiologico realizzato presso più di 100 centri cardiologici negli Stati Uniti e in Canada che analizza incidenza, cause, esiti e fattori di rischio della cardiomiopatia dilatativa (DCM) in età pediatrica. Sono stati identificati 1426 bambini. Sono state escluse le cardiomiopatie da endocrinopatie, malattie immunologiche, tossicità da farmaci. I risultati hanno messo in evidenza una incidenza della condizione di 0,57 casi per 100.000 anni-bambino, più elevata sotto l'anno di età, nei maschi e nella razza nera. L'età media alla diagnosi era di 1,5 anni, quella al trapianto di 4,8 anni. Il 66% dei bambini presentava una forma idiopatica. Le più comuni cause conosciute erano la miocardite, (46%) e le malattie neuromuscolari (26%). Il tasso di morte o di trapianto a 1 e 5 anni erano rispettivamente del 31 e del 46%. La mortalità è risultata essere più elevata nelle forme idiopatiche che però presentano una mortalità più bassa dopo trapianto. Fattori prognostici negativi alla diagnosi sono risultati essere l'età di comparsa più elevata, la presenza di scompenso cardiaco, la minore contrattilità del ventricolo sinistro, l'eziologia. Il trapianto resta ancora l'unica terapia.

Per concludere, segnaliamo che anche Pediatrics si è occupato di cardiomiopatie con un lavoro realizzato in America del Nord ([vedi abstract](#)) che analizza i fattori associati alla diagnosi causale di tale patologia.

#### **Referenze**

Corrado D, Basso C, Pavei A, et al. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program. JAMA 2006;296:1593-1602.

Thompson PD, Levine BD. Protecting athletes from sudden cardiac death. JAMA 2006;296:1648-1650.

Towbin JA, Lowe AM, Colan SD, et al. Incidence, causes and outcomes of dilated cardiomyopathy in children. JAMA 2006;296:1867-1876

Cox GF, Sleeper LA, Lowe AM, et al. Factors Associated With Establishing a Causal Diagnosis for Children With Cardiomyopathy. Pediatrics 2006; 118: 1519-1531

[Torna all'indice](#)

#### **Fattori predittivi di chiusura spontanea del DIA isolato.**

Obiettivo di questo lavoro pubblicato su Pediatrics ([vedi abstract](#)) era quello di valutare la frequenza di chiusura spontanea del difetto interatriale (DIA) isolato tipo Ostium Secundum e di identificare i fattori predittivi di chiusura spontanea. Si tratta di uno studio retrospettivo realizzato in Austria presso un Centro Cardiologico Pediatrico di terzo livello. Sono stati reclutati tutti i bambini con DIA superiore a 4 mm diagnosticati con ecocardiografia bidimensionale tra il 1993 e il 2003 e con almeno 6 mesi di follow up. Sono stati identificati 200 soggetti. Alla diagnosi (età media 5 mesi, range 0-13,9 anni) il diametro del difetto era di 4-5 mm nel 40% dei casi, di 6-7 mm nel 28%, di 8-10 mm nel 21%, superiore a 10 mm nell'11% dei casi. Alla fine del follow up (età media 4,5 anni, range 6,8 mesi-16,2 anni), nel 34% dei soggetti reclutati il difetto si era chiuso spontaneamente e nel 28% il diametro si era ridotto a meno di 3 mm. L'analisi di regressione logistica ha rivelato il diametro del DIA e l'età alla diagnosi come predittori indipendenti di chiusura spontanea o di regressione del difetto a meno di 3 mm. Dei difetti con diametro di 4-5 mm alla diagnosi, il 56% è andato incontro a chiusura spontanea, il 30% a riduzione sotto i 3 mm e nessuno ha richiesto una chiusura chirurgica; dei difetti con diametro superiore ai 10 mm nessuno è andato incontro a chiusura spontanea e il 77% ha richiesto l'intervento chirurgico. Gli autori concludono che nella popolazione in studio il 62% dei difetti dimostrava una chiusura spontanea o una regressione a meno di 3 mm e che il principale predittore di chiusura spontanea era il diametro del DIA al momento della diagnosi. Questo studio ci è sembrato interessante in quanto fornisce informazioni importanti per la valutazione prognostica del bambino con DIA. Inoltre le conclusioni degli autori modificano le nostre precedenti conoscenze sull'argomento e cioè che il DIA, a differenza del DIV, non si chiude mai da solo ma necessita sempre di correzione chirurgica. Va però anche ricordato come l'affinamento delle indagini morfologiche strumentali ecocardiografiche ha probabilmente

permesso una migliore definizione di casi limite con piccolo DIA che forse una volta non venivano neppure diagnosticati.

#### **Referenze**

Hanslik A, Pospisil U, Salzer-Muhar UV, et al. Predictors of spontaneous closure of isolated secundum atrial septal defect in children: a longitudinal study. *Pediatrics* 2006;118:1560-1565.

[Torna all'indice](#)

#### **Valutazione dell'applicazione delle linee guida per l'ADHD.**

L'ADHD spesso non viene trattata in modo adeguato secondo l'approccio multimodale previsto da tutte le linee guida. La diagnosi è difficile e spesso soggettiva. Attraverso questo studio retrospettivo pubblicato su *J Pediatr* ([vedi abstract](#)) si cerca di valutare per mezzo dell'utilizzo di una semplice scheda di una pagina (che viene riportata dagli autori alla fine dell'articolo) l'aderenza in due pediatrie degli Stati Uniti alle linee guida dell'America Academy of Pediatrics (AAP) per la diagnosi ed il trattamento dell'ADHD. Sono state riviste le cartelle di ragazzi tra 7 e 19 anni con diagnosi di ADHD posta tra il 1999 e il 2001, secondo i criteri ICD-9. Sono stati esclusi i pazienti con deficit di sviluppo o ritardo mentale. In particolare sono state revisionate le cartelle dei pazienti con ADHD diagnosticata prima dei 12 anni con almeno 3 visite presso le pediatrie; è stato assegnato un numero a ciascun paziente e successivamente sono state selezionate in maniera casuale 57 cartelle (circa il 10% del totale). I risultati hanno messo in evidenza che l'aderenza alle linee guida per la diagnosi era del 12%. 43 schede su 57 valutate hanno avuta confermata la diagnosi di ADHD. L'aderenza alle linee guida per il trattamento è stata del 44%. Il tempo medio tra prima valutazione e diagnosi era di 3,6 anni. Per testare l'attendibilità tra valutatori 10 schede sono state riviste da 2 operatori ed è risultata un'ottima corrispondenza (tra 0.7 e 1 per le variabili continue e del 93% per quelle binarie). Le conclusioni degli autori sono che la scheda elaborata può valutare in maniera attendibile l'aderenza alle linee guida per l'ADHD. La scheda contiene in sintesi tutte le informazioni necessarie per la diagnosi e il trattamento ed i risultati, anche se ottenuti su un numero limitato di schede, dimostrano una scarsa aderenza alle linee guida. Questo consentirà un intervento di miglioramento diagnostico-terapeutico nella popolazione studiata. Proprio da questo punto di vista lo studio ci sembrava interessante, in quanto sottolinea la necessità di valutare in maniera appropriata le cose che facciamo. L'elaborazione di strumenti che consentano di misurare e di fornire un'accurata informazione sulle pratiche correnti è il primo passo per avviare e implementare interventi appropriati anche in ambito clinico. Segnaliamo per concludere che sono disponibili on line le linee guida dell'AAP su diagnosi ([vedi](#)) e trattamento ([vedi](#)) dell'ADHD.

#### **Referenze**

Vreeman RC, Madsen KA, Vreeman DJ, et al. Compliance with guidelines for ADHD: a pilot study of an evaluation tool. *J Pediatr* 2006; 149:568-71.

[Torna all'indice](#)

#### **Caratteristiche cliniche e di laboratorio delle infezioni urinarie non-E coli.**

Obiettivo di questo studio retrospettivo pubblicato su *ADC* ([vedi abstract](#)) è quello di valutare le caratteristiche cliniche e di laboratorio delle infezioni urinarie (UTI) sostenute da germi diversi da *Escherichia coli* (E coli) rispetto a quelle da E coli. Sono state valutate le cartelle cliniche dei bambini di età compresa tra 1 mese e 16 anni ricoverati per UTI presso un ospedale pediatrico in Israele. La diagnosi di UTI si basava sull'isolamento di patogeni all'urinocoltura da puntura sovrapubica, sulla crescita pura di più di 103 unità formanti colonia da catetere, o sull'isolamento di 105 patogeni da mitto intermedio. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a indagini di laboratorio di base (emocromo, VES, PCR, azotemia, creatininemia, esame urine, emocoltura, urinocoltura) e, in caso di primo episodio, anche a ecografia. Sono stati inclusi 139 casi di UTI di cui il 77% da E coli e il 23% da altri patogeni. Il confronto tra le caratteristiche cliniche e di laboratorio ha messo in evidenza una associazione significativamente più alta delle infezioni non-E coli rispetto a quelle da E coli con anomalie del tratto urinario, età più giovane, precedente trattamento antibiotico, segni clinico-laboratoristici più lievi (febbre più bassa, valori minori di leucociti e VES). Anomalie del tratto urinario sono state rilevate in 18 casi, di cui 14 (77%) erano infettati da patogeni non-E coli



(Pseudomonas, Klebsiella, Morganella, Enterobacter). L'anomalia più frequentemente identificata era il reflusso vescico-ureterale di 3-4° (50%), seguito da idronefrosi (23%), ostruzione del giunto ureteropelvico (9%), ipospadia (4,5%), stenosi del meato (4,5%), displasia renale (4,5%). Gli autori commentano i loro risultati sottolineando come la gravità di UTI sia legata alla suscettibilità dell'ospite e alla virulenza batterica. I ceppi uropatogeni di E coli hanno molteplici fattori di virulenza mentre, ad eccezione delle endotossine, Klebsiella o Enterobacter ne sono privi. Pertanto è verosimile che la prevalenza di UTI da E coli nei pazienti con tratto urinario normale dipenda dalla virulenza dei batteri e che le anomalie del tratto urinario consentano a patogeni meno virulenti di causare infezione. Anche la più accentuata risposta infiammatoria (febbre, aumento di leucociti e VES) rilevata nei bambini con UTI da E coli può essere associata alla virulenza di questi patogeni. La più lunga ospedalizzazione nei pazienti con UTI non-E coli segnalata dagli autori può essere spiegata dal maggior numero di anomalie del tratto urinario presenti e dalla conseguente terapia prolungata, dall'assenza di un trattamento antibiotico orale per alcuni patogeni, o da una inappropriata terapia realizzata prima del ricovero, con rischio di selezione di germi maggiormente resistenti. Nonostante i suoi limiti (disegno retrospettivo, reclutamento di pazienti ospedalizzati, pochi casi con UTI non-E coli), lo studio mette in evidenza che nei bambini le UTI causate da germi differenti da E coli presentano una significativa maggiore associazione con anomalie delle vie urinarie. Questo dato, qualora confermato da ulteriori e più estesi studi prospettici, potrebbe portare ad integrazioni delle attuali linee guida.

#### **Referenze**

Friedman S, Reif S, Assia A, et al. Clinical and laboratory characteristics of non E.Coli urinary tract infections. Arch Dis Child 2006;91:845-46

[Torna all'indice](#)

#### **Frequenza e caratteristiche degli eventi avversi dopo prima e seconda dose di MMR.**

Obiettivo di questo lavoro pubblicato su Pediatrics ([vedi abstract](#)) è quello di valutare i quadri e la frequenza delle potenziali reazioni avverse del vaccino morbillo-parotite-rosolia (MMR) dopo la prima somministrazione in età "classica" (12-24 mesi) e dopo la 2<sup>a</sup> somministrazione all'età di 4-6 anni o 10-12 anni (prevista per legge nello stato americano dove si è svolto lo studio). Sono stati reclutati in un'area rurale degli Stati Uniti 3 gruppi di bambini: 1) bambini tra 12-24 mesi che dovevano ricevere la 1<sup>a</sup> dose di MMR; 2) bambini tra 4-6 anni inclusi nelle liste di quelli che dovevano ricevere la 2<sup>a</sup> dose richiesta per poter entrare alla scuola materna; 3) bambini di 10-12 anni inclusi nelle liste di quelli che dovevano ricevere la seconda dose richiesta per entrare alle medie. Alle famiglie dei bambini reclutati veniva dato un diario in cui registrare giornalmente la presenza dei sintomi che in letteratura erano stati segnalati come possibili effetti avversi della vaccinazione MMR (febbre, rinite, mal di gola, tosse, congiuntivite, nausea, vomito, diarrea, rash, mal di testa, gonfiore parotideo, linfomegalia, dolori articolari). I genitori dovevano tenere un diario di tali sintomi sia nelle 2 settimane precedenti la vaccinazione che nelle 4 settimane successive. Veniva quindi realizzato un confronto tra la frequenza dei sintomi pre e post vaccinazione. È chiaro che il diario dei bambini più piccoli (12-24 mesi) non prevedeva alcuni sintomi quali nausea, mal di testa, mal di gola. Sono stati analizzati i dati di 1880 bambini (l'83% dei reclutati). L'89% dei bambini del primo gruppo, l'81% del secondo e solo l'1% del terzo gruppo hanno ricevuto oltre all'MMR anche altri vaccini, più frequentemente quello per Emofilo seguito da pertosse e polio. Il 18% dei bambini più piccoli (12-24 mesi) ha presentato eventi avversi associati a MMR. In questa popolazione, rispetto ai dati pre-vaccinazione, febbre, diarrea e rash sono significativamente aumentati nel periodo post-vaccinale. I sintomi insorgevano 5-10 giorni dopo la vaccinazione. La febbre aveva un'insorgenza bimodale, con un picco iniziale il giorno della vaccinazione seguito da un secondo picco dopo 8-12 giorni. Questo è avvenuto sia nel gruppo che riceveva solo MMR che in quello che riceveva MMR associato ad altri vaccini. Tale andamento era meno evidente per il rash ed ancor meno per la diarrea. Il 6% dei bambini ha presentato febbre superiore o uguale a 39,5°. Nella maggior parte dei casi la durata dei sintomi è stata breve (2 giorni per la febbre, 5 per la diarrea e 4 per il rash) e nessuno dei bambini ha dovuto ricorrere alle cure di un medico. Nei due

gruppi che hanno ricevuto la seconda dose la frequenza di sintomi non è risultata essere più elevata dopo la vaccinazione rispetto alle due settimane precedenti. Gli autori concludono che eventi avversi al vaccino MMR sono presenti in circa 1 bambino ogni 6 vaccinati con la prima dose, con febbre alta presente in 1 su 20, mentre sono infrequenti per la seconda dose somministrata in età scolare. I risultati di questo lavoro, che sottolinea sostanzialmente come gli eventi avversi dopo MMR siano di lieve entità, possono essere utili per la comunicazione con i genitori rispetto all'offerta vaccinale.

#### **Referenze**

LeBaron CW, Bi D, Sullivan BJ, et al. Evaluation of potentially common adverse events associated with the first and second doses of measles-mumps-rubella vaccine. *Pediatrics* 2006;118;1422-1430.

[Torna all'indice](#)

#### **Identificazione “rapida” dell’herpes virus 6 e infezione batterica severa.**

Scopo di questo lavoro pubblicato su *J Pediatr* ([vedi abstract](#)) è quello di valutare se l'identificazione dell'infezione da herpes virus 6 (HHV-6) in un setting di emergenza può essere utile nel differenziare i bambini con o senza infezione batterica severa (SBI). In particolare gli autori si sono posti i seguenti obiettivi: 1) determinare la frequenza della viremia da HHV-6 in bambini febbrili sotto i due anni di vita; 2) valutare a quali esami di approfondimento e a quali trattamenti empirici per SBI vengono sottoposti tali bambini; 3) determinare il grado di coesistenza tra SBI e viremia da HHV-6. Lo studio è stato realizzato presso un dipartimento di emergenza negli USA. I bambini con meno di 2 anni sottoposti a prelievo per febbre venivano testati per HHV-6 con polymerase chain reaction (PCR) su plasma realizzata in tempo reale. La viremia era definita dalla presenza nel plasma del DNA dell'HHV-6. Dei 181 bambini reclutati, 32 (18%) presentavano una viremia da HHV-6. Di questi, il 32% ha ricevuto una terapia antibiotica empirica e il 34% è stato ospedalizzato. Inoltre il 47% ha eseguito una radiografia, il 60% è stato cateterizzato per la raccolta delle urine (siamo negli USA) ed il 6% ha eseguito una puntura lombare. Quattro dei 32 soggetti con viremia da HHV-6 (13%) hanno ricevuto diagnosi di SBI (2 infezioni urinarie, una gastroenterite batterica ed una polmonite). Ad una anamnesi più approfondita è emerso che 3 di questi avevano presentato nelle due settimane precedenti un rash cutaneo che poteva suggerire una recente 6<sup>a</sup> malattia. Gli autori concludono che un test per la diagnosi rapida di viremia da HHV-6 può non essere utile a discriminare in maniera adeguata i bambini con o senza SBI. Segnaliamo l'articolo perché il lattante febbrile con possibile sesta malattia è di relativamente frequente riscontro (la letteratura citata dagli autori parla del 10-20% delle visite in pronto soccorso nei bambini piccoli febbrili) e un test rapido potrebbe modificare l'approccio a questi pazienti. Va comunque sottolineato che lo studio è stato realizzato negli Stati Uniti, quindi in un setting diverso dal nostro, più aggressivo e interventista nel bambino con SBI e in cui quindi un test di questo tipo potrebbe avere un suo razionale. I risultati dello studio hanno però messo in evidenza che 4/32 soggetti con viremia da HHV-6 hanno poi ricevuto una diagnosi di SBI presumibilmente per lo svilupparsi di infezione batterica in coincidenza o in rapida successione rispetto a quella da HHV-6. La positività del test non è dunque sufficiente ad escludere la SBI e il test è quindi poco utile.

#### **Referenze**

Zerr DM, Frenkel LM, Huang ML, et al. Polymerase chain reaction diagnosis of primary human herpesvirus-6 infection in the acute care setting. *J Pediatr* 2006;149:480-5.

[Torna all'indice](#)

#### **Uso dei fluorochinolonici in pediatria.**

Una revisione della letteratura pubblicata su *Pediatrics* da parte del Comitato dell'American Academy of Pediatrics (AAP) sulle malattie infettive affronta il problema dell'utilizzo dei fluorochinolonici in età pediatrica ([vedi abstract](#)). Le uniche indicazioni per le quali la Food and Drug Administration (FDA) ha autorizzato l'uso dei fluorochinolonici in pazienti con meno di 18 anni sono le pielonefriti, le infezioni urinarie complicate e il trattamento post-esposizione all'antrace. In realtà nel 2002 sono state fatte negli Stati Uniti ben 520.000 prescrizioni in giovani pazienti (compresi bambini con meno di 2 anni). La letteratura pediatrica sui fluorochinolonici

identificata dagli autori è estremamente ridotta e di non buona qualità metodologica, essendo rappresentata principalmente da studi retrospettivi, senza gruppo di controllo, con piccolo numero di bambini reclutati in popolazioni selezionate e con impiego del farmaco nelle patologie più varie (otite media ricorrente, tularemia, meningite batterica, profilassi in corso di neoplasie e neutropenia, e così via). Gli autori sottolineano che i fluorchinolonici causano artrotossicità negli animali giovani e sono stati associati sia in adulti che in bambini a effetti collaterali muscolo-scheletrici transitori, a disordini del sistema nervoso centrale, a fotosensibilità, a disordini dell'omeostasi glucidica, a prolungamento dell'intervallo QT (con rari casi di torsione di punta), a disfunzioni epatiche e a rash. Sebbene non ci siano evidenze decisive nell'uomo rispetto al possibile danno alle articolazioni in corso di sviluppo, non si può neanche escludere che questo possa essere presente in rari casi (e che quindi sia di difficile dimostrazione). Gli autori sottolineano inoltre che l'aumentato uso dei fluorchinolonici in età adulta ha portato ad un corrispondente aumento delle resistenze batteriche. Di fronte a questa situazione gli autori ritengono che l'uso dei fluorchinolonici in bambini e adolescenti debba essere giustificato solo in alcune circostanze e soppesando attentamente rischi e benefici per il singolo paziente. L'uso dovrebbe essere limitato a: esposizione all'inhalazione del B. anthracis per ridurre la progressione della malattia; infezioni urinarie causate da Pseudomonas o da altri farmaci Gram negativi multiresistenti; otite media cronica o otite esterna particolarmente severa causata da Pseudomonas; osteomielite acuta o cronica o osteocondrite causate da Pseudomonas; riacutizzazioni di infezioni polmonari in pazienti con fibrosi cistica con colonizzazione da Pseudomonas; infezioni da Gram negativi in pazienti immunodepressi in cui si voglia attuare terapia orale o sia presente resistenza ad altri farmaci; infezioni intestinali da forme di Shigelle, Salmonella, V. cholerae o C. jejuni multiresistenti; infezioni da micobatteri sensibili; batteriemie o meningiti dovute a germi resistenti o nei pazienti immunocompromessi o se la terapia iniettiva con altri farmaci è risultata inefficace; infezioni da parte di germi sensibili ai fluorchinolonici in bambini con reazioni allergiche gravi ad altri farmaci.

#### Referenze

Committee on Infectious Diseases. The use of systemic fluorquinolones. Pediatrics 2006; 118:1287-1292.

[Torna all'indice](#)

#### **Epidemiologia, diagnosi e terapia dell'infezione perinatale da epatite C.**

ADC pubblica una rassegna sull'infezione perinatale da epatite C ([vedi abstract](#)). Abbiamo deciso di presentarla estesamente in quanto riguarda una malattia di cui ci sembra si conosca troppo poco. L'HCV è classificato in sei genotipi (da 1 a 6) che presentano a loro volta sottotipi a e b. La prevalenza dell'infezione cronica da HCV nel Regno Unito è stimata attorno allo 0,4%. Rispetto all'infezione materna, uno screening anonimo in alcune regioni Inglesi ha mostrato una prevalenza dello 0,19-0,43%. La prevalenza della condizione nei bambini non è invece nota. Il maggior fattore di rischio per infezione è rappresentato dall'uso materno di droghe endovenose. Secondo il comitato per gli Screening Nazionali del Regno Unito, queste donne andrebbero sottoposte a screening durante la gravidanza. Lo screening non è in realtà attualmente raccomandato nel Regno Unito in quanto non esistono interventi sicuri ed efficaci per prevenire la trasmissione verticale della malattia. Nelle donne, come nella popolazione generale, l'infezione da HCV è dunque spesso non diagnosticata e di conseguenza l'eventuale trasmissione perinatale può non essere identificata. La trasmissione verticale della malattia è confinata quasi esclusivamente alle donne HCV RNA positive. Il rischio di trasmissione è aumentato dai livelli di viremia materna e dalla coinfezione con HIV. In 77 studi citati dagli autori, la trasmissione verticale avviene nel 21% dei casi se la mamma è anche HIV positiva e nel 4,3% nel caso non ci sia co-infezione. Sia la trasmissione intrauterina che quella perinatale sembrano avere un ruolo importante nella trasmissione verticale. La modalità di parto non sembra influenzare il rischio di trasmissione, che è simile dopo parto spontaneo o dopo cesareo. Va però ricordato che quest'ultimo può avere un effetto protettivo nelle mamme co-infettate con HIV. L'allattamento al seno non sembra aumentare la percentuale di trasmissione, ma anche qui fanno eccezione le donne HIV positive. La diagnosi di trasmissione perinatale è resa difficile per la presenza passiva di anticorpi materni anti-HCV fino a 13 e occasionalmente a 18

mesi di vita. Questo rende di valore limitato la ricerca degli anticorpi nel bambino piccolo, che deve essere quindi considerato infetto se risulta HCV RNA positivo in almeno due occasioni. Visto che in molti casi l'HCV RNA può raggiungere valori identificabili dopo alcune settimane, la sua determinazione dovrebbe avvenire dopo almeno 4 settimane di vita. Gli autori riportano un algoritmo per la diagnosi nei bambini a rischio di infezione perinatale. La cronicizzazione dell'infezione è definita dalla persistenza dell'HCV RNA per almeno sei mesi, la risoluzione dalla scomparsa dell'HCV RNA. La risoluzione spontanea è comunque infrequente (dal 5 al 10%) e sembra maggiore nei soggetti con genotipo 3 e in caso di trasmissione orizzontale (da trasfusioni). I bambini infetti sono generalmente asintomatici. In caso di trasmissione verticale possono essere rilevati valori altalenanti di transaminasi soprattutto nei primi due anni di vita. L'elevazione delle ALT non correla con la severità istologica. Nelle biopsie effettuate si riscontra un'evidenza di infiammazione cronica, con fibrosi solitamente di grado lieve. La fibrosi è lentamente progressiva ma non lineare e quindi la sua severità non rappresenta un indicatore prognostico affidabile. Il bambino con infezione dovrebbe essere sottoposto ogni 6 mesi a rivalutazione della funzionalità epatica e dello stato virale e ogni anno a ecografia e dosaggio dell'alfa-fetoproteina. Inoltre dovrebbe essere vaccinato contro l'epatite A e B. Il trattamento per l'adulto con infiammazione cronica consiste nella terapia antivirale con interferon pegilato e ribavirina. Nel bambino non c'è un trattamento autorizzato. Una metanalisi ha messo in evidenza un effetto della monoterapia con interferone nel 36% dei casi, migliore sembra il risultato dell'associazione con ribavirina (ma si tratta di piccoli studi). Gli effetti collaterali di questi trattamenti sono comuni e spesso severi (sintomi simil influenzali, neutropenia, irritabilità, insonnia, sonnolenza, depressione). Gli autori segnalano che è in corso uno studio europeo multicentrico randomizzato sull'associazione interferon pegilato-ribavirina. Chi e come trattare resta dunque un aspetto controverso. Il trattamento dovrebbe essere offerto da gruppi con esperienza.

#### Referenze

Davidson SM, Mieli-Vergani G, Sira J, et al. Perinatal hepatitis C virus infection: diagnosis and management. Arch Dis Child 2006; 91;781-785.

[Torna all'indice](#)

Collaborano alla newsletter un gruppo di pediatri di famiglia, ospedalieri di primo livello, in formazione e con interesse in sanità pubblica ed epidemiologia clinica:

**Redazione:** T. Burmaz, S. Di Mario, M. Lorenzon, A. Macaluso, F. Marchetti, M. G. Pizzul, L. Ronfani, D. Rosenwirth, R. Servello, M. Spaccini.

**Milano:** E. Casiraghi, R. Cazzaniga, L. Crespi, G. Del Bono, G. Doro, P. Elli, G. Lietti, G. Meregalli, A. Pirola, P. Rogari, M.T. Tartero, F. Zanetto.

**Vicenza:** F. Andreotti, E. Benetti, F. Fusco, R. Gallo, V. Murgia, A. Pasinato, A. Penzo, B. Ruffato, D. Sambugaro, W. Spanevello, G. Ziglio.

**Verona:** M. Agostini, F. Antoniazzi, M. Baldissera, M. Bolognani, P. Brutti, C. Chiamenti, M. Cipolli, M. Fornaro, M. Gaffuri, M. Gangemi, M. S. Lonardi, M. Maselli, M. Nardi, M. Previdi, F. Raimo, P. Santuz, M. Tommasi, F. Valletta, S. Zanini.

[Torna all'indice](#)

## In breve

- Una revisione sistematica di RCT con metanalisi pubblicata su Lancet conferma la bontà dell'approccio di vigile attesa (wait and see) nella maggior parte dei bambini con OMA. Le conclusioni degli autori sono che la terapia antibiotica è di beneficio nel risolvere febbre e dolore nei bambini di età inferiore ai 2 anni con OMA bilaterale e in quelli con otorrea. Per la maggioranza degli altri bambini un atteggiamento di osservazione è quindi giustificato. [Rovers MM. Lancet 2006;368:1429-35](#). Anche JAMA ha recentemente pubblicato un RCT sull'argomento realizzato (per la prima volta) in un Pronto Soccorso pediatrico che conclude a favore dell'approccio di vigile attesa. [Spiro DM. JAMA 2006;296:1235-41](#). Abbiamo già affrontato più volte questo argomento nella newsletter. Per eventuali approfondimenti sul tema rimandiamo dunque ai numeri 1 e 9.
- Il NEJM ha pubblicato una rassegna sulla prevenzione della malattia meningococcica. Gardner P. NEJM 2006;14:1466-73. Sulle pagine elettroniche di Pediatrics trovate il testo completo di un lavoro di sorveglianza multicentrica sulle infezioni invasive da meningococco. [Kaplan SL. Pediatrics 2006;118:e979-e984](#).
- Un RCT in doppio cieco realizzato presso una maternità italiana (Milano) e pubblicato su ADC ha valutato in un gruppo di lattanti ad alto rischio di atopia allattati artificialmente l'effetto sull'incidenza di dermatite atopica nei primi 6 mesi di vita di una mistura di oligosaccaridi prebiotici aggiunti ad un idrolisato proteico spinto. L'alto rischio di atopia era definito dalla storia di eczema, rinite allergica o asma in uno dei genitori. L'incidenza di dermatite atopica è stata del 10% nel gruppo di intervento vs il 23% del gruppo placebo (p=0,01), senza differenze nella sua gravità. Gli autori concludono che i prebiotici sembrano avere un effetto benefico sullo sviluppo di dermatite atopica nei primi 6 mesi di vita in bambini a rischio allattati artificialmente con idrolisato spinto. I risultati sembrano dimostrare il possibile effetto immunomodulante dei prebiotici, con alterazione della flora intestinale. Lo studio presenta diversi problemi metodologici che rendono deboli le conclusioni: le informazioni su come siano state garantite nascondimento della sequenza di randomizzazione e cecità sono insufficienti; la perdita al follow up (legata principalmente all'esclusione a posteriori dei lattanti in allattamento misto) è molto elevata (intorno al 20%); non è stata realizzata l'analisi per intention to treat (ITT). Studio sponsorizzato. [Moro G. ADC 2006; 91:814-819](#).
- J Pediatr pubblica uno studio retrospettivo eseguito in Finlandia che ha valutato l'associazione tra markers infiammatori (globuli bianchi e PCR) ed eziologia microbica delle infezioni in età pediatrica. I risultati hanno messo in evidenza che globuli bianchi e PCR sono mediamente più elevati nelle infezioni batteriche rispetto a quelle virali (mediana per bianchi e PCR rispettivamente di 18.600/mm<sup>3</sup> e 84 mg/L in caso di infezione batterica vs 9500/mm<sup>3</sup> e 12 mg/L in caso di infezione virale). I due markers infiammatori sono risultati essere aumentati nella maggior parte delle infezioni da pneumococco e da Escherichia coli ma in meno della metà delle infezioni da stafilococco. L'adenovirus è stato l'unico agente virale che spesso aumenta bianchi e PCR. L'unico elemento di novità di questo lavoro è rappresentato dalla segnalazione del minore innalzamento di bianchi e PCR nelle infezioni da stafilococco. [Peltola V. J Pediatr 2006;149: 721-24](#).
- Pediatrics pubblica una linea guida su diagnosi e trattamento della bronchiolite prodotta dall'American Academy of Pediatrics (Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis). [Pediatrics 2006;118:1774-1793](#).
- APAM pubblica una rassegna sulla salute delle ossa degli adolescenti, dall'identificazione della popolazione a rischio, agli accertamenti diagnostici, alle opzioni terapeutiche. [Loud KJ. Arch Pediatr Adolesc Med 2006;160:1026-1032](#).
- Sempre su APAM segnaliamo una rassegna sull'autismo rivolta specificamente ai pediatri di base, che possono avere un ruolo importante nell'identificazione precoce della condizione. [Barbarese WJ. Arch Pediatr Adolesc Med 2006;160:1167-1175](#).



- ADC pubblica una rassegna su identificazione e trattamento della neutropenia cronica in età pediatrica. [James RM. Arch Dis Child 2006;91:852-858.](#)
- Segnaliamo due lavori sulla sindrome di Turner. Il primo ha messo in evidenza che su 33 pazienti con tale condizione (età compresa tra 8 e 40 anni) più del 60% presentava una perdita dell'udito sensoriale alle alte frequenze. Visto che l'aumento del danno uditivo alle alte frequenze sembra essere in relazione con cariotipo ed età, gli autori concludono che è necessario sottoporre le pazienti con sindrome di Turner a esami periodici dell'udito in modo da poter avviare un appropriato trattamento. [Morimoto N. J Pediatr 149:697-701.](#) Il secondo lavoro è pubblicato su Pediatrics e descrive una serie di anomalie elettrocardiografiche (di conduzione e ripolarizzazione) rilevate in un gruppo di 78 pazienti con sindrome di Turner. È disponibile il testo completo. [Bondy CA. Pediatrics 2006;118:e1220-e1225.](#)
- Uno studio pubblicato su Pediatrics dimostra che un'applicazione per 30 minuti di aria calda sul capo ha la potenzialità di eradicare le infestazioni da pidocchi. In realtà si tratta di un trial senza un reale gruppo di controllo che sperimenta su 169 pazienti 6 diverse metodiche per l'applicazione di aria calda. Non è chiaro come i pazienti siano stati assegnati ad un intervento piuttosto che ad un altro. Si tratta quindi di un intervento interessante la cui reale efficacia ha però necessità di conferma in uno studio controllato randomizzato di numerosità adeguata. [Goates BM. Pediatrics 2006; 118: 1962-1970.](#)
- Uno studio pubblicato su Pediatrics mette in evidenza la forte associazione esistente tra influenza degli operatori sanitari e decisione dei genitori di far vaccinare il proprio figlio. Questo vale soprattutto per i genitori che ritengono che le vaccinazioni non siano sicure. È disponibile il testo completo. [Smith PJ. Pediatrics 2006;118:e1287-e1292.](#)  
 Novità e materiali sulle vaccinazioni sono come sempre disponibili sulla rubrica VaccinAcipì di Quaderni acp e sul sito dell'ACP ([vedi](#)). L'ultima news pubblicata riguarda il morbillo in Italia e in Europa.

[Torna all'indice](#)

## Cochrane Database of Systematic Review (CDSR). Il 1° aggiornamento del 2007.

Il CDSR è il database della Cochrane Library che contiene le revisioni sistematiche (RS) originali prodotte dalla Cochrane Collaboration. L'accesso a questa banca dati è a pagamento per il full text, gratuito per gli abstracts ([www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME](http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME), con motore di ricerca). Il CDSR viene aggiornato ogni 3 mesi, con l'inserimento di nuove RS e con l'aggiornamento di altre. L'elenco completo delle nuove RS e di quelle aggiornate è disponibile su internet (vedi nella pagina web già segnalata).

L'ultimo aggiornamento del CDSR disponibile è il 1° del 2007, contenente **104** RS nuove, di cui **21** di possibile interesse per il pediatra, e **96** aggiornate, di cui **14** di interesse per il pediatra. Di seguito è riportato l'elenco delle revisioni di area pediatrica. La selezione è stata realizzata dalla redazione della newsletter. Cliccando sulla revisione (o CTRL+click se Windows XP) dopo essersi collegati ad Internet si può visualizzare l'abstract.

### 1. Nuove revisioni sistematiche di area pediatrica

- Allergen injection immunotherapy for seasonal allergic rhinitis
- Antibiotics for bronchiolitis in children
- Correction of chronic metabolic acidosis for chronic kidney disease patients
- Corticosteroids for treating hypotension in preterm infants
- Corticosteroids including ACTH for childhood epilepsy other than epileptic spasms
- The effect of inotropes on morbidity and mortality in preterm infants with low systemic or organ blood flow
- Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents
- Family-centred care for children in hospital
- Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing
- Fundoplication versus post-operative medication for gastro-oesophageal reflux in children with neurological impairment undergoing gastrostomy
- Glutamine supplementation for young infants with severe gastrointestinal disease
- Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention
- Inhaled corticosteroids during acute bronchiolitis in the prevention of post-bronchiolitic wheezing
- Interventions for non-oliguric hyperkalaemia in preterm neonates
- Postnatal thyroid hormones for preterm infants with transient hypothyroxinaemia
- Postnatal thyroid hormones for respiratory distress syndrome in preterm infants
- Prophylactic postnatal thyroid hormones for prevention of morbidity and mortality in preterm infants
- Risperidone for autism spectrum disorder
- School feeding for improving the physical and psychosocial health of disadvantaged elementary school children
- Topical nasal steroids for intermittent and persistent allergic rhinitis in children
- Vitamin C for preventing and treating pneumonia

### 2. Revisioni sistematiche di area pediatrica aggiornate

- Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old
- Corticosteroids for acute bacterial meningitis
- Enteral nutritional therapy for induction of remission in Crohn's disease
- House dust mite avoidance measures for perennial allergic rhinitis
- Identification of children in the first four years of life for early treatment for otitis media with effusion
- Inhaled corticosteroid prophylaxis for exercise induced bronchoconstriction
- Long-acting beta2-agonists for chronic asthma in adults and children where background therapy contains varied or no inhaled corticosteroid
- Mannitol for acute traumatic brain injury
- Nasal decongestants for the common cold
- Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in children
- Oral calorie supplements for cystic fibrosis
- Recombinant growth hormone for children and adolescents with Turner syndrome
- Ribavirin for respiratory syncytial virus infection of the lower respiratory tract in infants and young children
- Support for breastfeeding mothers

[Torna all'indice](#)