

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

Newsletter pediatrica 2009; n° 26 (Volume 6): pag. 13-26

---

### Su questo numero

<b>Presentazione e istruzioni per l'uso</b>	pag. 14
<b>Letteratura primaria</b>	
L'efficacia antipiretica della somministrazione combinata di ibuprofene e paracetamolo è poco superiore a quella del solo ibuprofene	pag. 15
L'asma con esordio nei giovani adulti sembra avere le sue origini nella prima infanzia	pag. 16
Fattori di rischio associati con lo sviluppo di eczema a un anno di vita: il pesce introdotto prima dei 9 mesi è protettivo	pag. 17
Artriti a confronto: reumatismo articolare acuto vs artrite reattiva post streptococcica; artrite di Lyme vs altre artriti monoarticolari	pag. 18
Accuratezza diagnostica dei nuovi test su sangue per la diagnosi di TB	pag. 19
<b>Letteratura secondaria</b>	
Il polietilen glicole è efficace nel trattamento della stipsi funzionale nei bambini	pag. 21
Poche evidenze sull'efficacia clinica del paracetamolo somministrato per via rettale rispetto alla via orale	pag. 22
Efficacia solo moderata dell'ispessimento dei cibi nel reflusso gastro-esofageo	pag. 23
<b>In breve</b>	pag. 25
<b>Cochrane Database of Systematic Review</b>	
Il 2° aggiornamento del 2009	pag. 26

---

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).

## Presentazione

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.

Al momento sono attivi in Italia 4 gruppi di lettura che contribuiscono alla produzione della newsletter (Milano, Trieste, Verona, Vicenza). I gruppi sono costituiti da pediatri di famiglia, ospedalieri e in formazione.

I gruppi "sorvegliano" in maniera sistematica 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](#)

**Principali abbreviazioni:** AAP: American Academy of Pediatrics; ADC: Archives of Diseases in Childhood; APAM: Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine; BMJ: British Medical Journal; IC: intervallo di confidenza; JAMA: Journal of American Medical Association; J Pediatr: Journal of Pediatrics; OR: Odds Ratio; RCT: trial controllato randomizzato; RR: rischio relativo.

## Letteratura primaria

### L'efficacia antipiretica della somministrazione combinata di ibuprofene e paracetamolo è poco superiore a quella del solo ibuprofene.

Si tratta di un trial controllato randomizzato (studio PITCH) pubblicato sul BMJ ([vedi abstract](#)).

<b>Obiettivo</b>	Valutare in bambini febbrili curati a domicilio se la terapia combinata ibuprofene + paracetamolo sia più efficace della monoterapia realizzata con uno solo dei 2 farmaci nel prolungare il tempo libero da febbre e nell'alleviare i sintomi di malessere associati a febbre.
<b>Setting</b>	Servizi di cure primarie in Inghilterra (inclusi i Pronto Soccorsi e gli ambulatori medici), con modalità multiple di reclutamento (direttamente presso i servizi oppure con segnalazione ai responsabili della ricerca dei bambini potenzialmente eleggibili da parte dei clinici o dei genitori).
<b>Disegno</b>	Trial controllato randomizzato in doppio cieco a tre bracci paralleli. Generazione, nascondimento della sequenza e cecità sono appropriati. L'analisi è stata realizzata per intention to treat.
<b>Pazienti/Patologia</b>	Sono stati inclusi bambini di età compresa tra 6 mesi e 6 anni, con temperatura ascellare tra 37,8° e 41,0°C, affetti da patologia giudicata non grave e trattabile a domicilio. Sono stati esclusi i bambini che necessitavano di ricovero ospedaliero, disidratati, affetti da patologia cronica neurologica, epatica, cardiaca, renale e polmonare (eccetto asma), con allergia o intolleranza note a paracetamolo e/o FANS.
<b>Intervento</b>	I soggetti eleggibili sono stati randomizzati a ricevere per un periodo di 48 ore: 1) paracetamolo (15 mg/kg/dose) ogni 4-6 ore (massimo 4 dosi/die); 2) ibuprofene (10 mg/kg/dose) ogni 6-8 ore (massimo 3 dosi/die); 3) l'associazione dei due precedenti con assunzione della prima dose in contemporanea e delle successive sfasate sulla base dei tempi indicati. I genitori dei 3 gruppi sono stati inoltre istruiti sui mezzi fisici per abbassare la temperatura corporea. La prima dose veniva assunta in presenza del ricercatore e dava l'avvio alla tempistica dello studio. Ai genitori veniva indicato di somministrare i farmaci con regolarità nelle prime 24 ore ("pro-active period"), e sulla base dei sintomi del bambino tra le 24 e le 48 ore ("reactive period").
<b>Outcomes misurati</b>	Esiti principali dello studio erano: 1) il numero di minuti senza febbre (< 37,2 °C) nelle prime 4 ore dalla somministrazione del farmaco; 2) la percentuale di bambini in completo benessere a 48 ore sulla base di una scala di valutazione del malessere legato alla malattia (discomfort scale). Esiti secondari erano: il tempo necessario affinché la temperatura scendesse sotto i 37,2 °C; il tempo trascorso senza febbre nelle prime 24 ore; la proporzione di bambini esenti da sintomi associati a febbre a 48 ore e al quinto giorno dalla somministrazione dei farmaci; gli eventi avversi. La temperatura corporea considerata corrisponde a quella ascellare.
<b>Follow up</b>	I bambini venivano valutati con diario compilato dai genitori dopo 24 ore, 48 ore e 5 giorni.
<b>Principali risultati</b>	Sono stati randomizzati 156 soggetti, 52 per ciascun gruppo di intervento. L'età media dei bambini arruolati era compresa tra 25-28 mesi nei diversi bracci. Nelle prime 4 ore, la somministrazione combinata di paracetamolo/ibuprofene ha comportato un periodo libero da febbre più lungo rispetto alla sola somministrazione di paracetamolo (171 minuti nel gruppo a due farmaci vs 116 in quello paracetamolo, differenza aggiustata=55 minuti, IC 95% da 33 a 77 minuti); non sono invece emerse differenze significative rispetto alla monoterapia con ibuprofene (differenza aggiustata tra paracetamolo/ibuprofene vs ibuprofene=16 minuti, IC 95% da -7 a 39 minuti). Non sono emerse differenze tra i 3 gruppi nella percentuale di bambini in completo benessere. La combinazione paracetamolo/ibuprofene vs i due farmaci somministrati singolarmente è risultata vantaggiosa rispetto al tempo trascorso senza febbre nelle prime 24 ore: 20 vs 15,7 ore nel gruppo paracetamolo (differenza aggiustata 4,4 ore, IC 95% da 2,4 a 6,3) e vs 17,6 ore nel gruppo ibuprofene (differenza aggiustata 2,5 ore, IC 95% da 0,6 a 4,4). La terapia combinata ha prodotto una discesa della febbre sotto i 37,2° mediamente in 45 vs 71 minuti nel gruppo paracetamolo (differenza aggiustata = 23 minuti) e vs 42 minuti nel gruppo ibuprofene (differenza aggiustata = -3 minuti). Non sono emerse differenze significative tra i 3 gruppi sulla comparsa di reazioni avverse.
<b>Conclusioni degli autori</b>	Di fronte al bambino febbrile in cui si ritenga utile aggiungere un farmaco antipiretico ai mezzi fisici per la riduzione della febbre, la prima scelta dovrebbe essere quella di utilizzare l'ibuprofene. L'associazione con il paracetamolo va valutata considerando i benefici relativi e i possibili rischi.

Una revisione sistematica pubblicata su APAM e già segnalata nella newsletter n° 3/2004 ([vedi abstract](#)) confrontava la somministrazione in singola dose di paracetamolo (10-15 mg/kg) con quella di ibuprofene (4-10 mg/kg) e concludeva che l'efficacia dei due farmaci era simile nella gestione del dolore da lieve a moderato mentre ibuprofene risultava più efficace come antifebbrile a 2, 4 e 6 ore. I due farmaci presentavano un profilo di sicurezza simile come analgesici ed antipiretici in età pediatrica.

Rispetto alla somministrazione contemporanea dei due farmaci segnaliamo un RCT pubblicato su ADC ([vedi abstract](#) e newsletter 15-16/2006) che concludeva per una maggiore efficacia nel controllo della febbre (ma la differenza era clinicamente poco rilevante) rispetto al paracetamolo ma non rispetto al solo ibuprofene. Non abbiamo identificato altri RCT sull'argomento. Il trial PITCH recensito conferma i risultati di quello pubblicato nel 2006 su ADC; metodologicamente sembra condotto bene. Un problema, segnalato dagli autori in discussione, è quello della definizione di febbre adottata: una temperatura ascellare di 37,8° potrebbe infatti non indicare la presenza di febbre. Viene comunque sottolineato che la temperatura media al reclutamento era di 38,5° e molti dei bambini presentavano malessere legato alla febbre. Viste le modalità di reclutamento, i soggetti reclutati potrebbero non essere rappresentativi della popolazione generale (l'intervento di associazione tra i due farmaci potrebbe aver influenzato la decisione dei genitori di partecipare).

Le evidenze presentate ci consentono di fare alcuni commenti:

- 1) sia il paracetamolo che l'ibuprofene singolarmente funzionano bene per il trattamento sintomatico della febbre nel bambino. L'ibuprofene sembra avere qualche vantaggio in termini di riduzione della temperatura, specie a 4 e 6 ore. Tale vantaggio è stato quantificato dagli autori della revisione sistematica di APAM 2004 nel 15% circa in più di bambini con probabilità di avere una riduzione della temperatura febbrile rispetto a paracetamolo.
- 2) La somministrazione contemporanea dei due farmaci sembra dare solo un piccolo beneficio aggiuntivo, specie rispetto a quella dell'ibuprofene da solo. Non si vede quindi la necessità di utilizzare tale modalità, se non in casi estremamente selezionati.
- 3) Va posta particolare cautela al problema degli effetti collaterali, specie in caso di terapia combinata. Le evidenze disponibili al momento in letteratura su questo aspetto sono insufficienti. Ci limitiamo a ribadire l'indicazione di non utilizzare ibuprofene in presenza di disidratazione o di rischio di disidratazione, per la possibile segnalata insufficienza renale.

#### Referenze

- Hay AD, Costelloe C, Redmond NM, et al. Paracetamol plus Ibuprofen for the treatment of fever in children (PITCH): randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 337:1302.
- Perrott DA, Piira T, Goodenough B. Efficacy and safety of Acetaminophen vs Ibuprofen for treating children's pain or fever. *Arch Pediatr Adol Med* 2004; 158:521-526.
- Erlewyn-Lajeunesse MDS, Coppens K, Hunt LP, et al. Randomised controlled trial of combined paracetamol and ibuprofen for fever. *Arch Dis Child* 2006;91:414-16.

[Torna all'indice](#)

#### **L'asma con esordio nei giovani adulti sembra avere le sue origini nella prima infanzia.**

Obiettivo di questo studio di coorte pubblicato su *Lancet* ([vedi abstract](#)) è quello di valutare se potenziali fattori di rischio per asma presenti in età prescolare siano predittivi della malattia in giovani adulti. Lo studio è stato condotto in uno stato degli USA con arruolamento di una coorte di nati negli anni 1980-1984. Tali soggetti sono stati seguiti sino all'età di 22 anni. Informazioni su etnia, diagnosi di asma, durata della scolarizzazione, abitudine al fumo sono state raccolte alla nascita tramite questionario somministrato ai genitori. Le principali caratteristiche dei genitori, la presenza di wheezing nel primo periodo di vita, la funzionalità delle vie aeree, l'iperreattività bronchiale e la sensibilizzazione all'Alternaria alternata (con prick tests) erano determinati prima dei 6 anni di età. La diagnosi di asma formalizzata da un medico, classificata come nuova diagnosi (asma presente solo a 22 anni), asma cronica (asma presente sia a 2-16 anni che a 22) o asma inattiva (asma presente a 2-16 anni ma assente a 22), e la funzionalità delle vie aeree venivano valutate all'età di 22 anni. Di 1246 bambini arruolati alla nascita, 849 disponevano di dati di follow

up a 22 anni. I persi al follow up rappresentano quindi il 31% della popolazione. Rispetto ai persi, i soggetti che hanno portato a termine lo studio presentavano una maggiore e significativa presenza di genitori non fumatori, di alto livello d'istruzione e di etnia non ispanica mentre non vi erano differenze rispetto al sesso, alla presenza di wheezing in età infantile, alla sensibilizzazione all'alternaria e alla familiarità per asma. L'incidenza media di asma all'età di 16-22 anni era di 12,6 per 1000 anni persona. Il 27% di 181 casi di asma attiva all'età di 22 anni erano nuove diagnosi di asma, il 71% in donne. I fattori di rischio associati in maniera indipendente (analisi multivariata) con la diagnosi di asma cronico a 22 anni includevano: l'età di esordio a 6 anni (OR 7.4, IC 95% 3.9-14); il wheezing persistente nella prima infanzia (OR 14, IC 95% 6.8-28); la sensibilizzazione all'Alternaria (OR 3.6, IC 95% 2.1-6.4); la bassa funzionalità respiratoria a 6 anni (OR 2.1, IC 95% 1.1-3.9); l'iper-reattività bronchiale a 6 anni (OR 4.5, IC 95% 1.9-10). I fattori predittivi per nuova diagnosi di asma a 22 anni erano: l'iper-reattività bronchiale a 6 anni (OR 6.9, IC 95% 2.3-21); la bassa funzionalità respiratoria a 6 anni (OR 2.8, IC 95% 1.1-6.9); l'esordio tardivo (OR 4.6, IC 95% 1.7-12); il wheezing persistente (OR 4, IC 95% 1.2-14). Gli autori concludono che l'asma con esordio nei giovani adulti ha le sue origini nella prima infanzia. Resta da chiarire il ruolo dei diversi fattori genetici e ambientali, le cui interazioni e influenze reciproche sono tuttora da identificare come pure quale sia il loro ruolo nel determinare i diversi fenotipi dell'asma.

#### Referenze

Stern DA, Morgan WJ, Halonen M, et al. Wheezing and bronchial hyper-responsiveness in early childhood as predictors of newly diagnosed asthma in early adulthood: a longitudinal birth-cohort study. *Lancet* 2008;372:1058-64

[Torna all'indice](#)

#### **Fattori di rischio associati con lo sviluppo di eczema a un anno di vita: il pesce introdotto prima dei 9 mesi è protettivo.**

Obiettivo di questo studio di coorte pubblicato su *ADC* ([vedi abstract](#)) era quello di studiare la prevalenza di eczema nei bambini della Svezia occidentale, descrivere tempi e modalità di introduzione dei cibi e stabilire i fattori di rischio associati con lo sviluppo di eczema a un anno di vita. Per raggiungere questi obiettivi è stata reclutata una coorte di nati nel 2003 nella Svezia occidentale. Su un totale di 16682 nati, 8176 famiglie (50%) sono state casualmente selezionate a partecipare allo studio. A queste famiglie, quando il bambino aveva 6 mesi e 1 anno di età, è stato spedito un questionario per raccogliere informazioni su: condizioni familiari e ambientali, storia perinatale, fumo, allattamento materno, introduzione dei cibi solidi, malattie sviluppate nel primo anno di vita, presenza di eczema e diagnosi di allergia alimentare, presenza in casa di animali con pelo. La restituzione dei due questionari con i dati valutabili è avvenuta per 4921 bambini (60,2% della popolazione selezionata). All'età di un anno il 20,9% di questi bambini presentava o aveva presentato eczema, con un'età media all'esordio di 4 mesi. Rispetto alla presenza di questa condizione, all'analisi multivariata risultavano essere fattori di rischio la familiarità per eczema, particolarmente nei fratelli (OR 1,87; IC 95% 1,50-2,33) o nella madre (OR 1,54; IC 95% 1,30-1,84) e l'allergia alle proteine del latte vaccino (OR 3,64; IC 95% 2,35-5,64). Risultavano invece essere fattori protettivi l'introduzione del pesce prima dei 9 mesi di età vs introduzione successiva (OR 0,76; IC 95% 0,62-0,94) e avere in casa un uccellino vs non averlo (OR 0,35; IC 95% 0,17-0,75). Gli autori concludono che nella popolazione che ha partecipato allo studio un bambino su cinque presentava eczema nel primo anno di vita. La familiarità per eczema aumentava il rischio, mentre la precoce introduzione del pesce e la presenza in casa di un uccellino lo riduceva. Va evidenziato che l'effetto protettivo dell'assunzione di pesce, già descritto in altri studi, non sembra influenzato dal tipo di pesce consumato e quindi dall'effetto degli acidi omega 3. Allattamento al seno, presenza in casa di un animale con pelo e epoca di introduzione di latte e uovo non sembrano invece influenzare il rischio. Lo studio è a rischio di bias di selezione, vista la modalità di reclutamento (questionario postale) e la percentuale di risposta (60%).

I risultati dello studio sono una ulteriore conferma delle evidenze emerse negli ultimi anni da importanti studi di popolazione: ritardare l'introduzione di alcuni alimenti (pesce, ma anche uovo o



arachidi in realtà diverse da quella italiana) non è efficace nel ridurre i casi di eczema. La pratica clinica dovrà necessariamente adeguarsi, rispetto ad un recente passato che ha sempre (erroneamente) sostenuto il contrario.

Per un approfondimento sul tema alimentazione del bambino/sviluppo di sintomi atopici rimandiamo a quanto scritto nella newsletter 22 (pagg. 92-95) e al relativo Digest pubblicato su Medico e Bambino (3/2008, pagg. 190-192).

#### Referenze

Alm B, Åberg N, Erdes L, et al. Early introduction of fish decreases the risk of eczema in infants. Arch Dis Child 2009;94:11-15

[Torna all'indice](#)

### Artriti a confronto: reumatismo articolare acuto vs artrite reattiva post streptococcica; artrite di Lyme vs altre artriti monoarticolari.

Uno studio retrospettivo su cartelle realizzato in Israele e pubblicato su J Pediatr ([vedi abstract](#)) ha confrontato, dal punto di vista clinico e laboratoristico, il reumatismo articolare acuto (RAA) e l'artrite reattiva post streptococcica (ARPS) con l'obiettivo di definire se si tratta di 2 entità cliniche distinte o varianti della stessa malattia. Sono stati identificati, in pazienti con meno di 16 anni, 68

	ARF	PSRA	P
Febbre °C (SD)	38.3 (0.4)	38.3 (0.5)	NS
Con febbre >38	66%	16%	.0004
N° articolazioni attive (SD)	2.5 (1.2)	1.8 (1.3)	.0004
Artrite migrante	79%	33%	.004
Artrite simmetrica	40%	22%	.05
Cardite	60%	0	<.0001
VES (SD)	92.2 (31.1)	57.1 (40.9)	<.0001
PCR mg/L (SD)	106.7 (83.5)	22.6 (44.1)	<.0001
ASO IU (SD)	1011 (1573)	889 (733)	NS
Cultura da tampone positiva	77%	76%	NS
Giorni tra faringite e artrite (SD)	15 (9.2)	14.6 (10.1)	NS
Risp. al trattamento, giorni (SD)	2.2 (1.7)	6.9 (5.9)	<.0001
Ricaduta	7%	21%	0.013

diagnosi di RAA (criteri di Jones) e 159 di ARPS (criteri di Deighton). Come si può vedere nella tabella, molte sono le differenze identificate tra le due condizioni. Il RAA ha una presentazione più acuta, con febbre più alta, maggiore risposta della fase acuta, maggior numero di articolazioni interessate e interessamento cardiaco. La risposta al trattamento è più rapida e il corso dell'artrite più breve. All'analisi multivariata vengono identificate 4

variabili che differivano significativamente tra RAA e ARPS e utilizzabili come fattori discriminanti: VES, PCR, durata dei sintomi articolari dopo avvio di terapia salicilica, ricaduta dei sintomi articolari dopo sospensione del trattamento. Gli autori concludono che RAA e ARPS sono due entità distinte. La diagnosi differenziale tra le due condizioni è importata anche in termini di trattamento: secondo l'American Heart Association e l'AAP la profilassi antibiotica per le ARPS dovrebbe essere somministrata per 1 anno e poi sospesa in assenza di cardite.

Uno studio retrospettivo su cartelle pubblicato su Pediatrics ([vedi abstract](#)) si è posto l'obiettivo di identificare i predittori clinici dell'artrite di Lyme tra pazienti minori di 18 anni con artrite monoarticolare acuta. Sono stati identificati 179 soggetti, tutti sottoposti a artrocentesi, di cui 46 (26%) con artrite settica, 55 (31%) con artrite di Lyme, e 78 (43%) con artrite non settica non-Lyme. I pazienti con malattia di Lyme, rispetto a quelli con artrite settica, avevano maggiore probabilità di avere storia di puntura di zecca (16 vs 2%), di interessamento del ginocchio (85 vs 22%), di calore all'articolazione (60 vs 33%) e meno probabilità di avere storia di febbre (45 vs 83%). VES e PCR sierici e conta dei bianchi e percentuale di neutrofili nel liquido articolare erano anche significativamente più bassi. Rispetto alle artriti non settiche non-Lyme, erano predittivi di Lyme l'interessamento del ginocchio (85 vs 45%) e la storia di puntura di zecca (16 vs 3%). Non sono state messe in evidenza differenze significative tra le 3 condizioni rispetto a età di presentazione, sesso, durata dei sintomi, presentazione durante la stagione Lyme, traumi e malattie recenti, dolore articolare, arrossamento e limitazione funzionale. All'analisi multivariata di confronto tra Lyme e artrite settica, l'interessamento del ginocchio è risultato essere un predittore positivo di Lyme, mentre la storia di febbre e l'elevata PCR sono risultati predittori negativi. Gli autori concludono che l'artrite di Lyme condivide molte caratteristiche sia con l'artrite settica che

con quella non settica non-Lyme. Nelle aree endemiche le indagini per Lyme dovrebbero essere sempre realizzate in presenza di artrite monoarticolare acuta. Lo studio conferma inoltre che in presenza di artrite monoarticolare di ginocchio la diagnosi di Lyme va considerata.

#### Referenze

Barash J, Mashiach E, Navon-Elkan P, et al. Differentiation of post-streptococcal reactive arthritis from acute rheumatic fever. *J Pediatr* 2008;153:696-9.

Thompson A, Mannix R, Bachur R. Acute pediatric monoarticular arthritis: distinguishing Lyme arthritis from other etiologies. *Pediatrics*. 2009 Mar;123(3):959-65.

[Torna all'indice](#)

#### **Accuratezza diagnostica dei nuovi test su sangue per la diagnosi di TB.**

Due lavori pubblicati su *Pediatrics* valutano l'accuratezza diagnostica nei bambini dei nuovi test su sangue per la diagnosi di tubercolosi (TB), basati sulla rilevazione dell'interferon gamma prodotto dai linfociti T in risposta ad antigeni specifici del micobatterio tubercolare. Di queste prove si è già parlato nell'allegato alla newsletter 5/2004, anche se allora non erano state ancora adeguatamente sperimentate nel bambino, e nella newsletter 20/2007, con la segnalazione nella sezione "In breve" di una rassegna sull'argomento ([Marais BJ. Arch Dis Child 2007;92 446-452](#)).

Il primo studio, trasversale, ha verificato se il test QuantiFERON-TB Gold In-Tube è sensibile e specifico come negli adulti per la diagnosi di TB latente ([vedi abstract](#)). Sono stati arruolati soggetti di età inferiore a 18 anni che si rivolgevano ai servizi di salute in uno stato degli USA. Ogni bambino è stato valutato per fattori di rischio di infezione, è stato sottoposto alla intradermoreazione con tubercolina e ha realizzato il test QuantiFERON-TB Gold In-Tube. È stata valutata la concordanza tra test tubercolinico e QuantiFERON e i risultati sono stati analizzati in accordo con la probabilità di esposizione al micobatterio tubercolare. I risultati su 207 bambini hanno evidenziato che esiste una buona correlazione tra la negatività del test tubercolinico e la negatività del test QuantiFERON; tuttavia solo il 23% dei bambini con test cutaneo positivo risulta positivo al QuantiFERON. La positività di quest'ultimo si associava a aumentata probabilità di esposizione al micobatterio tubercolare e i livelli di interferon gamma erano più alti in bambini con esposizione nota più recente rispetto a quelli con esposizione più datata. I bambini più piccoli producevano più bassi livelli di interferon gamma. Gli autori concludono che il test QuantiFERON-TB Gold In-Tube è specifico per valutare l'esposizione al micobatterio tubercolare nei bambini, con caratteristiche simili a quelle riscontrate in adulti residenti in regioni con bassi livelli di malattia endemica. Sono stati evidenziati limiti rispetto alla sensibilità, specie nei bambini con meno di 2 anni, che richiedono ulteriori studi.

Il secondo studio ([vedi abstract](#)), confronta 3 diversi test che misurano il rilascio di interferon gamma, il QuantiFERON TB In-Tube, il QuantiFERON-TB Gold e il T-SPOT.TB. I primi due sono test ELISA, il terzo è una prova immuno-enzimatica (ELISPOT). Obiettivo dello studio è valutare l'impatto dell'età sulla performance delle 3 prove durante l'utilizzo in ospedale su bambini con sospetta malattia attiva o con sospetta infezione tubercolare latente. Si tratta di un'analisi retrospettiva di 496 bambini tra 0 e 19 anni che hanno ricevuto intradermoreazione cutanea alla tubercolina e almeno una delle prove a misurazione del rilascio di interferon gamma: 181 QuantiFERON-TB Gold e 315 QuantiFERON-TB In-Tube. In 154 casi erano disponibili test appaiati: 87 QuantiFERON-TB + Gold/T-SPOT.TB e 67 QuantiFERON-TB + In-Tube/T-SPOT.TB. I risultati hanno messo in evidenza che rispetto al T-SPOT.TB, la frequenza di risultati indeterminati era significativamente più alta sia per il QuantiFERON-TB Gold che per il QuantiFERON-TB In-Tube. Per risultato indeterminato si intende un risultato considerato inaffidabile per la insufficiente produzione di interferon gamma rilevata dal controllo interno (di cui i nuovi test su sangue sono dotati) in assenza di una risposta chiaramente positiva verso uno degli antigeni specifici. Il QuantiFERON-TB Gold e il QuantiFERON-TB In-Tube hanno fornito risultati indeterminati con maggiore frequenza nei bambini con meno di 4 anni rispetto a quelli di 4 anni e più. Gli autori concludono che i test ematici per la diagnosi di TB latente sembrano presentare

performance differenti, visto che entrambi i test QuantiFERON-TB forniscono più frequentemente risultati indeterminati rispetto al test T-SPOT.TB nei bambini con meno di 4 anni di età.

La precedente letteratura sui nuovi test su sangue (si veda la già citata rassegna su ADC) conferma la loro alta specificità rispetto all'intradermoreazione e evidenzia una migliore correlazione con gradienti di esposizione al micobatterio tubercolare in aree a bassa incidenza. Questo dato suggerisce una possibile migliore sensibilità nell'identificare la TB latente. In particolare, il test T-SPOT.TB/ELISPOT sembra essere un marker più sensibile di infezione da micobatterio tubercolare rispetto al test cutaneo tubercolinico, anche in bambini con HIV. La letteratura disponibile conferma che l'accuratezza diagnostica del QuantiFERON-TB sembra essere problematica nei bambini più piccoli. Mancando però un vero gold standard per la diagnosi di TB, sensibilità e specificità non possono essere calcolate con certezza. Inoltre in assenza di sintomi o di segni radiografici, anche i nuovi test ematici falliscono nel discriminare tra TB latente e malattia attiva. È chiaro quindi che devono essere ulteriormente valutati nei bambini.

#### **Referenze**

Lighter J, Rigaud M, Eduardo R, et al. Latent Tuberculosis Diagnosis in Children by Using the QuantiFERON-TB Gold In-Tube Test. *Pediatrics* 2009;123:30-37

Bergamini BM, Losi M, Vaienti F, et al. Performance of commercial blood tests for the diagnosis of latent tuberculosis infection in children and adolescents. *Pediatrics* 2009;123:e419-24

Marais BJ, Pai M. Recent advances in the diagnosis of childhood tuberculosis. *Arch Dis Child* 2007;92:446-52.

[Torna all'indice](#)



## Letteratura secondaria

### Il polietilen glicole è efficace nel trattamento della stipsi funzionale nei bambini.

Si tratta di una revisione sistematica della letteratura pubblicata su ADC ([vedi abstract](#)).

<b>Obiettivo</b>	Determinare l'efficacia dei lassativi osmotici nel trattamento della stipsi funzionale dei bambini.
<b>Criteri di eleggibilità dei lavori</b>	Trial controllati randomizzati con confronto tra polietilen glicole (PEG o macrogol con o senza sali) e placebo o altri lassativi, in soggetti di età inferiore a 18 anni, con stipsi di durata superiore a 3 mesi, non secondaria a altre malattie.
<b>Metodologia</b>	La metodologia della revisione presenta alcuni limiti: non è riportato il periodo a cui si riferisce la ricerca nella letteratura e non è indicato se selezione, estrazione e valutazione metodologica dei trial identificati siano state realizzate da due valutatori indipendenti. Sono stati esclusi gli studi non pubblicati su riviste peer reviewed. Gli autori non utilizzano un sistema validato per la valutazione della qualità metodologica degli studi primari. Gli esiti di interesse non sono definiti: gli autori fanno riferimento a quelli riportati nei lavori originali sia come valutazione globale di efficacia che come differenza nella frequenza di defecazione. Sembra corretta la decisione di non realizzare la metanalisi.
<b>Principali risultati</b>	Sono stati selezionati 7 trial controllati randomizzati (2 con disegno cross-over). Di questi, 5 confrontavano PEG con lattulosio, 1 con placebo e 1 con latte di magnesio. Il periodo di follow up era di 2 settimane (3 studi), 8 settimane (1 studio), 12 settimane (2 studi), 12 mesi (1 studio). In 2 trial il PEG era aggiunto di elettroliti. Il PEG risultava essere superiore al placebo e equivalente (2 studi) o superiore (4 studi) al confronto attivo. Non è stata realizzata metanalisi viste le differenze nel disegno, nelle popolazioni e nei trattamenti considerati.
<b>Conclusioni degli autori</b>	Il trattamento di prima linea con PEG nel bambino con stipsi funzionale è efficace e ben tollerato.

Il capitolo di Clinical Evidence sul trattamento della stipsi funzionale dei bambini aggiornato al 2005<sup>1</sup>, identificava: 4 studi randomizzati su lassativi osmotici (lattulosio, lattitolo, PEG); 3 su lassativi di contatto (senna) o emollienti (paraffina); 1 per ciascuno su liquidi per bocca, supplementi di fibre, dilatazione anale; nessuno studio randomizzato su lassativi di volume (metilcellulosa, ispagula, sterculia); 1 revisione sistematica Cochrane sul trattamento comportamentale (principalmente biofeedback) nell'encopresi. Sulla base di queste evidenze Clinical Evidence segnala come di probabile utilità per il trattamento della stitichezza cronica l'uso di fibre e di lassativi osmotici; di utilità non determinata i trattamenti comportamentali, e l'uso di lassativi di volume e emollienti; di utilità discutibile l'uso di lassativi di contatto, di liquidi per bocca e la dilatazione anale.

Una revisione sistematica di buona qualità metodologica pubblicata su ADC nel 2009 ([vedi abstract](#)) ha concluso che non vi sono evidenze sufficienti a dimostrare se il trattamento con lassativi sia migliore del placebo nei bambini con stipsi (28 trial inclusi di cui 10 di buona qualità metodologica). Nel confronto con altri lassativi, il PEG ottiene una maggiore efficacia in termini di successo di trattamento (RR cumulativo 1,47, IC 95% 1,23-1,76), ma i risultati rispetto alla frequenza di defecazioni sono conflittuali.

Un RCT di buona qualità metodologica pubblicato alla fine del 2008 e non incluso nelle revisioni citate ([vedi abstract](#)), ha studiato 103 soggetti, randomizzati in 4 gruppi: placebo, PEG3350 0,2, 0,4 e 0,8 g/kg/die. La risposta al trattamento era presente nel 42% dei soggetti trattati con placebo rispetto al 77, 74 e 73% dei soggetti trattati rispettivamente con 0,2, 0,4 e 0,8 g/kg/die di PEG3350. La consistenza delle feci migliorava significativamente alle dosi di 0,4 o superiori. Con 0,8 g/kg c'era più dolore addominale e incontinenza fecale. Il PEG3350 era ben tollerato.

La revisione recensita conferma che i lassativi a base di PEG sono efficaci nei bambini con stipsi sulla base degli studi inclusi. L'efficacia è altrettanto buona, se non migliore, rispetto al lattulosio o

<sup>1</sup> Disponibile in italiano all'indirizzo <http://aifa.clinev.it/>, nella sezione Pediatria. È necessario registrarsi per accedere ai contenuti full text che sono comunque gratuiti.

al latte di magnesio in un ampio range di età e di durata di terapia. Il PEG ha anche il vantaggio di essere efficace come agente disimpattante. La revisione presenta però diversi problemi di ordine metodologico ed è di conseguenza a rischio di bias. Anche l'analisi degli esiti riportati negli studi originali (percentuale di successo e frequenza di defecazioni) presenta alcune limitazioni: la percentuale complessiva di successo viene definita in maniera diversa nei diversi studi primari; la frequenza delle defecazioni non è probabilmente il problema principale del bambino stitico, mentre lo è la difficoltà e il dolore all'evacuazione, che generano il comportamento ritenzionista.

In conclusione, tra i possibili trattamenti disponibili per la stipsi funzionale, il polietilene glicole sembra essere quello con maggiore dimostrazione di efficacia. Su questa conclusione sembra esserci accordo tra le diverse fonti citate. Il PEG dovrebbe quindi essere il trattamento di scelta. Non è chiaro però se vi siano differenze tra PEG con e senza l'aggiunta di elettroliti in quanto non esaminate separatamente dai revisori. Il PEG con elettroliti, visto il suo cattivo sapore, ha maggiori problemi di compliance e difficoltà nel mantenimento a lungo termine del trattamento.

#### Referenze

Candy DC, Belsey J. Macrogol (polyethylene glycol) based laxatives in children with functional constipation and faecal impaction: A systematic review. Arch Dis Child 2009;94:156-160.

Abhyankar A, Carcani I, Clayden G. Constipation in children. BMJ Clin Evid 2006;10:303.

Pijpers MA, Tabbers MM, Benninga MA, et al. Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based: a systematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures. Arch Dis Child 2009;94:117-31.

Nurko S, Youssef NN, Sabri M, et al. PEG3350 in the treatment of childhood constipation: a multicenter, double-blinded, placebo-controlled trial. J Pediatr 2008;153:254-61.

[Torna all'indice](#)

### Poche evidenze sull'efficacia clinica del paracetamolo somministrato per via rettale rispetto alla via orale.

Si tratta di una revisione sistematica della letteratura pubblicata su APAM ([vedi abstract](#))

<b>Obiettivo</b>	Valutare l'efficacia del paracetamolo somministrato per via orale o rettale sulla riduzione della febbre e del dolore
<b>Criteri di eleggibilità dei lavori</b>	Selezione di studi controllati randomizzati e quasi-randomizzati pubblicati in ogni lingua, con abstract in inglese, che confrontassero la somministrazione orale di paracetamolo con quella rettale, sia in età pediatrica che adulta. I lavori dovevano specificare grado e tempi di riduzione della temperatura o del dolore.
<b>Metodologia</b>	La metodologia della revisione presenta alcuni limiti: la ricerca nella letteratura non ha previsto la consultazione di alcune banche dati importanti (ad esempio EMBASE), né di abstract di congressi; non sono stati presi contatti con esperti nell'area della revisione; la qualità metodologica degli studi identificati non è stata valutata. Non vengono dichiarati conflitti di interesse.
<b>Principali risultati</b>	1) <u>riduzione della febbre</u> : la ricerca ha generato 35 titoli, 14 sono stati selezionati per un'analisi completa e 4 inclusi nella revisione (3 pediatrici, 1 adulti). I risultati non hanno evidenziato differenze tra le due modalità di somministrazione rispetto: a grado di riduzione della febbre dopo 1 ora e dopo 3 ore dalla somministrazione (3 trial, 124 soggetti); massima riduzione della febbre (2 trial, 81 soggetti); tempo necessario per la riduzione della temperatura di 1°C (2 lavori, 71 soggetti). 2) <u>riduzione del dolore</u> : la ricerca ha generato 53 titoli, 10 sono stati selezionati per un'analisi completa, 1 incluso nella revisione. Questo lavoro, realizzato su 100 bambini sottoposti a tonsillectomia, mostrava una maggiore riduzione del dolore in caso di somministrazione orale.
<b>Conclusioni degli autori</b>	Rispetto alla riduzione delle temperatura, la somministrazione per via rettale e per via orale sono comparabili. L'AAP dovrebbe possibilmente rivedere il suggerimento di evitare l'uso per via rettale del paracetamolo.

Nel 2001 il gruppo sui farmaci dell'American Academy of Pediatrics (AAP), ha pubblicato un report sulla tossicità del paracetamolo ([vedi testo completo](#)). In questo documento si scoraggiava l'utilizzo di paracetamolo per via rettale a meno che non fosse stato specificamente discusso con il

curante. Questo per il timore di effetti tossici legati sia all'ampia variabilità della biodisponibilità del farmaco a livello plasmatico che al più lento assorbimento in seguito alla somministrazione rettale.

La revisione recensita mette in evidenza principalmente il numero limitato di trial clinici disponibili e di soggetti arruolati in relazione al confronto tra paracetamolo orale e rettale. Non abbiamo inoltre informazioni sulla qualità metodologica dei trial inclusi. Non sembrano comunque emergere differenze cliniche tra le due modalità di somministrazione, ma le evidenze sono estremamente limitate. Tutti gli studi inclusi utilizzavano una singola dose di paracetamolo senza quindi rendere possibile la valutazione dell'eventuale effetto tossico legato all'accumulo del farmaco dopo dosi multiple rettali. L'affermazione fatta dagli autori nelle conclusioni dell'abstract sulla possibilità di rivedere le raccomandazioni AAP non sembra supportata dalle evidenze presentate nella revisione.

La via di somministrazione orale resta quindi da preferire per il paracetamolo. La somministrazione rettale va riservata a situazioni in cui quella orale è difficile (ad esempio: perdita di coscienza, vomito).

Per maggiori dettagli si rimanda alla rassegna presentata nel 2005 da Medico e Bambino ([vedi](#)).

#### Referenze

Goldstein LH, Berlin M, Berkovitch M, et al. Effectiveness of Oral vs Rectal Acetaminophen. A Meta-analysis. Arch Pediatr Adolesc Med 2008;162:1042-1046.

American Academy of Pediatrics. Acetaminophen toxicity in children. Pediatrics 2001;108:1020-4.

Marchetti F, Bua J, Maschio M, Barbi E. Il trattamento sintomatico della febbre e del dolore nella pratica ambulatoriale. Medico e Bambino 2005;24(1):47-54

[Torna all'indice](#)

#### Efficacia solo moderata dell'ispessimento dei cibi nel reflusso gastro-esofageo.

Si tratta di una revisione sistematica della letteratura di buona qualità metodologica pubblicata su Pediatrics ([vedi abstract](#)).

<b>Obiettivo</b>	Determinare in lattanti sani con reflusso gastro-esofageo (GER) l'efficacia del trattamento ispessente dei cibi in termini di modificazione nel quadro clinico (rigurgito, pianto, irritabilità, vomito, sforzo di vomito) e pHmetrico e di insorgenza di complicazioni (sintomi respiratori e calo di peso).
<b>Criteri di eleggibilità dei lavori</b>	Trial controllati randomizzati (RCT) pubblicati che valutassero il trattamento ispessente in bambini altrimenti sani con meno di 24 mesi di vita e con diagnosi di GER (indipendentemente dalla definizione adottata) rispetto a placebo o non trattamento.
<b>Metodologia</b>	Per identificare i lavori di interesse sono state consultate diverse banche dati (Medline, Embase, Cochrane library, CINAHL). Gli autori hanno inoltre ricercato in abstract di congressi e nelle referenze dei lavori identificati. Le strategie di ricerca utilizzate sono riportate nei metodi e appaiono adeguate. Selezione degli studi, valutazione della qualità metodologica, estrazione dei dati sono state realizzate in maniera indipendente da due o più revisori. Non viene segnalato conflitto di interessi.
<b>Principali risultati</b>	Sono stati inclusi 14 RCT, con disegno parallelo o crossover, alcuni con limitazioni metodologiche. I risultati della metanalisi hanno messo in evidenza che l'uso di formule variamente ispessite in confronto con le formule standard aumenta in maniera significativa la percentuale di bambini senza rigurgito (RR cumulativo 2,9, IC 95% da 1,7 a 4,9; 3 RCT, 327 partecipanti), riduce di poco il numero degli episodi di rigurgito e vomito al giorno (differenza media pesata -1,4 episodi, IC 95% da -2,5 a -0,2; 2 RCT, 144 partecipanti) e aumenta la crescita ponderale giornaliera (differenza media pesata 3,7 grammi/die, IC 95% da 1,55 a 5,8; 4 RCT, 265 partecipanti). Rispetto alla pHmetria la revisione evidenzia una significativa riduzione della durata del più lungo episodio di reflusso a pH <4 (differenza media pesata -8,1 minuti, IC 95% da -11,9 a -4,3; 2 RCT, 116 partecipanti), mentre non mostra effetti sull'indice di reflusso, sul numero di episodi di GER acido per ora e sul numero di episodi di reflusso di durata superiore a 5 minuti. Non sono stati raccolti dati definitivi che dimostrino che un particolare ispessente sia superiore agli altri. Non sono stati evidenziati effetti collaterali di rilievo.
<b>Conclusioni degli autori</b>	La metanalisi dimostra un'efficacia solo moderata dell'ispessimento dei cibi nel trattamento del GER in soggetti sani di età minore a 24 mesi.

Una revisione Cochrane del 2002 (ultimo aggiornamento della ricerca in letteratura: dicembre 2001) focalizzata sui neonati non aveva identificato evidenze da RCT sull'efficacia degli ispessenti ([vedi abstract](#)). Una revisione Cochrane pubblicata nel 2004 (ultimo aggiornamento della ricerca in letteratura: gennaio 2003) identificava 8 RCT e dimostrava che i cibi ispessiti potevano ridurre la severità e la frequenza dei rigurgiti a breve termine in bambini altrimenti sani di età compresa tra 1 e 24 mesi ([vedi abstract](#)). Le conclusioni, condivisibili, degli autori di questa revisione sono che il primo e principale intervento è quello di rassicurare i genitori dei bambini che rigurgitano, in quanto la storia naturale del modesto problema è quella di migliorare con il tempo. In caso il bambino sia allattato al biberon e richieda un trattamento, l'ispessimento del cibo può ridurre i sintomi clinici. Come dimostrato anche dalla revisione di Pediatrics, il beneficio atteso è comunque piccolo, specie in termini di riduzione del numero degli episodi di rigurgito e vomito al giorno (1,4 episodi al giorno in meno) e di aumentata crescita ponderale giornaliera (3-4 grammi in più al giorno). I trial condotti sull'argomento sono pochi, di piccole dimensioni, di breve durata e di non buona qualità metodologica. La definizione di GER adottata nei trial inclusi nella metanalisi è variabile e in alcuni casi generica (più di 3 vomiti/rigurgiti/die; rigurgiti frequenti; sintomi di GER; rigurgiti o vomiti eccessivi, ecc). Va inoltre considerato il conflitto di interesse presente negli studi originali inclusi. In mancanza di ulteriori dati, la metanalisi recensita sembra confermare se non altro che la terapia ispessente è priva di effetti collaterali (anche se l'incremento ponderale potrebbe alla lunga non essere così utile e positivo) e moderatamente efficace. Noi però continuiamo a pensare che la rassicurazione in prima battuta sia la migliore terapia del GER.

#### Referenze

Horvath A, Dziechciarz P, Szajewska H. The Effect of Thickened-Feed Interventions on Gastroesophageal Reflux in Infants: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized, Controlled Trials. *Pediatrics* 2008;122:e1268–e1277.

[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, Grandori L, M. Lorenzon, A. Macaluso, F. Marchetti, M. G. Pizzul, L. Ronfani, D. Rosenwirth, R. Servello, M. Spaccini.

**Milano:** E. Casiraghi, R. Cazzaniga, C. Costato, L. Crespi, G. Del Bono, M.G. Dell'Oro, C. Fossati, T. Fuga, G. Lietti, G. Meregalli, M. Migliavacca, A. Pirola, P. Rogari, M. Santamaria, B. Scicchitano, M. Spinelli, 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 pubblicata su BMJ ha valutato le caratteristiche che distinguono nei bambini le fratture da abuso rispetto a quelle da non abuso. Sulla base di 32 studi comparativi retrospettivi gli autori concludono che nel lattante e nel bambino fino a 3 anni che si presenta con frattura senza una causa certa, la possibilità di abuso fisico va sempre considerata; nessuna frattura di per sé può permettere di porre diagnosi di abuso. Tuttavia fratture multiple o fratture delle coste sono altamente indicative di abuso, in assenza di altre cause note. Si riporta di seguito, una traduzione sintetica del **Box 2** del lavoro che riassume le caratteristiche associate con un possibile abuso infantile.

È possibile utilizzare i seguenti indicatori per valutare la probabilità di abuso infantile:

- Le fratture multiple sono più comuni dopo abuso fisico che dopo evento traumatico non abusivo
- Un bambino con **frattura costale** ha 7 probabilità su 10 di essere stato abusato;
- Un bambino con **frattura del femore** ha 1 probabilità su 3-4 di essere stato abusato; le fratture del femore conseguenti ad abuso sono più frequenti in bambini che non camminano ancora;
- Un bambino con meno di 3 anni e **frattura dell'omero** ha 1 probabilità su 2 di essere stato abusato; le fratture dell'omero relative alla parte intermedia della diafisi sono più comuni nell'abuso, mentre le fratture sovracondiloidee sono più frequentemente da trauma non abusivo
- Un bambino con meno di 2 anni e **frattura cranica** ha 1 probabilità su 3 di essere stato abusato; le fratture parietali e lineari sono le più comuni nel bambino abusato; non esistono chiare differenze nella distribuzione di fratture craniche complesse tra abusati e non abusati

Il lavoro è disponibile in full text. [Kemp AM, et al. BMJ 2008;337;1518](#)

- Alcune vittime di SIDS vengono ritrovate con la testa sotto le lenzuola o sotto le coperte del letto. Una revisione sistematica di studi caso-controllo ha descritto la prevalenza di tale evenienza, la grandezza del rischio e fino a che punto i meccanismi causali suggeriti concordano con le evidenze epidemiologiche. Gli autori concludono sulla base di 10 studi che la testa sotto le lenzuola/coperte è un importante fattore di rischio modificabile per SIDS (OR aggiustata cumulativa da studi realizzati principalmente dopo le campagne back to sleep=16,9, IC 95% da 12,6 a 22,7). Il rischio attribuibile di popolazione è del 27% e questo suggerisce che evitare che il lattante finisca con la testa sotto le lenzuola/coperte potrebbe ridurre di ¼ le morti per SIDS. Andrebbero di conseguenza fornite informazioni ai genitori per evitare tale situazione, ad esempio suggerendo di sistemare il bambino con i piedi che toccano il fondo della culla o del lettino. Per maggiori informazioni si veda il materiale predisposto per il [progetto Genitori Più](#). Sul sito web è possibile scaricare il manuale per gli operatori sanitari che comprende un capitolo sulla prevenzione della SIDS ([vedi](#)). [Blair PS. Arch Dis Child 2008;93\(9\):778-83.](#)
- Pediatrics pubblica una rassegna sulla neurofibromatosi di tipo 1. Williams VC. [Pediatrics 2009;123\(1\):124-33.](#)

[Torna all'indice](#)



## Cochrane Database of Systematic Review (CDSR). Il 2° aggiornamento del 2009.

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 contiene 89 RS nuove, di cui 19 di possibile interesse per il pediatra, e 117 aggiornate, di cui 23 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

- Alternatives to inpatient mental health care for children and young people
- Animal derived surfactant extract for treatment of respiratory distress syndrome
- Antistaphylococcal immunoglobulins to prevent staphylococcal infection in very low birth weight infants
- Botulinum toxin for the treatment of strabismus
- Carnitine supplementation for inborn errors of metabolism
- Combination formoterol and budesonide as maintenance and reliever therapy versus inhaled steroid maintenance for chronic asthma in adults and children
- Conservative interventions for treating middle third clavicle fractures in adolescents and adults
- Detoxification treatments for opiate dependent adolescents
- Education of children and adolescents for the prevention of dog bite injuries
- Extraction of primary (baby) teeth for unerupted palatally displaced permanent canine teeth in children
- Honey and lozenges for children with non-specific cough
- Influenza vaccination in children being treated with chemotherapy for cancer
- Interventions for improving the psychosocial well-being of children affected by HIV and AIDS.
- Maintenance treatments for opiate dependent adolescent
- Nutritional support for critically ill children
- Polymer-based oral rehydration solution for treating acute watery diarrhoea
- Regular treatment with formoterol and inhaled steroids for chronic asthma: serious adverse events
- Thalidomide and thalidomide analogues for induction of remission in Crohn's disease
- Thalidomide and thalidomide analogues for maintenance of remission in Crohn's disease

### 2. Revisioni sistematiche di area pediatrica aggiornate

- Adenotonsillectomy for obstructive sleep apnoea in children
- Anti-histamines for prolonged non-specific cough in children
- Antibiotics for acute otitis media in children
- Antibiotics for preventing meningococcal infections
- Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents
- Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants
- Fluticasone versus 'extrafine' HFA-beclomethasone dipropionate for chronic asthma in adults and children
- Indoor air modification interventions for prolonged non-specific cough in children
- Inhaled corticosteroids compared to placebo for prevention of exercise induced bronchoconstriction
- Interventions for educating children who are at risk of asthma-related emergency department attendance
- Leukotriene receptor antagonist for prolonged non-specific cough in children
- Methylxanthines for prolonged non-specific cough in children
- Nedocromil sodium for chronic asthma in children
- Oral non steroid anti-inflammatories for children and adults with bronchiectasis
- Parent-initiated oral corticosteroid therapy for intermittent wheezing illnesses in children
- Partial liquid ventilation for the prevention of mortality and morbidity in paediatric acute lung injury and acute respiratory distress syndrome
- Pneumococcal conjugate vaccines for preventing otitis media
- Pneumococcal vaccines for children and adults with bronchiectasis
- Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents
- Restriction of oral intake of water for aspiration lung disease in children
- Salicylate for the treatment of Kawasaki disease in children
- Tailored interventions based on sputum eosinophils versus clinical symptoms for asthma in children and adults
- Topical analgesia for acute otitis media

[Torna all'indice](#)