

# La sorveglianza della letteratura per il pediatra

Bollettino bimestrale

Newsletter pediatrica 2004; n° 3 (Volume 1): pag. 28

---

## Su questo numero

### Presentazione

#### Letteratura primaria

[Violenza e televisione](#)

[Ambiente e salute del bambino](#)

[Immunoterapia sottolinguale nell'asma e nella rinocongiuntivite](#)

[Paracetamolo o ibuprofene per il trattamento della febbre e del dolore?](#)

[Ancora su cefalosporine o penicillina nella terapia della tonsillofaringite streptococcica](#)

[Acido folico periconcezionale per la prevenzione dei difetti del tubo neurale](#)

[Toilet training problematico](#)

[Celiachia e screening](#)

[Trauma cranico nel bambino](#)

[Effetto sulla tosse notturna di due sedativi della tosse rispetto al placebo](#)

[Colonizzazione da streptococco e da stafilococco nei bambini sani](#)

[Vaccinazione contro MPR e convulsioni febbrili](#)

[Trattamento con statine in adolescenti con ipercolesterolemia familiare](#)

[Diagnosi dei disturbi gastrointestinali funzionali con i "criteri di Roma"](#)

[Efficacia degli antibiotici per prevenire l'infezione da meningococco dopo un caso](#)

### In breve

#### Cochrane Database of Systematic Review.

[Il 3° aggiornamento del 2004](#)

---

Carissimi,

la newsletter arriva al suo 3° numero e crediamo sia arrivato il momento di una valutazione dell'attività svolta. Sono iscritti al servizio al momento più di 1000 (comprendendo anche i referenti dei gruppi locali che ricevono in automatico) e arrivano giornalmente nuove adesioni. I commenti che abbiamo ricevuto sono tutti positivi e sottolineano come il servizio sia gradito e utile. Stiamo comunque predisponendo un questionario con l'obiettivo di raccogliere indicazioni più strutturate sul servizio durante le giornate del Congresso Nazionale di ottobre o via e-mail.

Rispetto ai numeri precedenti, il presente esce sfasato di un mese (viene distribuito con riferimento ai mesi di giugno-luglio) per garantire la sostenibilità del lavoro del gruppo di Trieste e Monfalcone. Così sarà anche per i numeri successivi. In caso di identificazione di un particolare rilevante sarà inviato un avviso urgente via e-mail agli iscritti.

Per aumentare qualità, gradimento e partecipazione di tutti i soci ACP alla scrittura della newsletter abbiamo previsto la possibilità che gruppi o singoli possano segnalare articoli da pubblicare anche su riviste diverse da quelle recensite abitualmente. Si tratta di una sperimentazione. Chi volesse inviare segnalazioni lo può fare spedendo via e-mail in inglese, possibilmente con un breve commento che sottolinei la rilevanza del lavoro. Una volta al mese, settimana di ciascun mese, in modo da dare la possibilità al gruppo di Trieste/Monfalcone di prenderlo in considerazione nei periodici incontri di lettura. Per concludere segnaliamo che abbiamo ricevuto dal Ministero della Salute l'incarico di attività di Journal Club svolte dal gruppo di pediatri di Trieste e Monfalcone (per un periodo di 7 mesi circa).

**Michele Gangemi (Presidente ACP)**

**Luca Ronfani (Responsabile Scientifico CSB)**

#### **Cos'è la newsletter**

- La newsletter nasce come strumento di aggiornamento per il pediatra di famiglia o ospedaliero.
- Rientra in una convenzione stipulata tra l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) e il Comitato Nazionale per il Bambino (CSB) e si rivolge ai soci ACP.
- 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
  - Paediatric Infectious Disease Journal.
- Viene analizzata periodicamente la Cochrane Library per identificare revisioni sistematiche pertinenti per il pediatra.

## Letteratura primaria

### Violenza e televisione.

Non è un tema nuovo, ma un interessante articolo pubblicato su Pediatrics ([vedi abstract](#)) analizza un nuovo aspetto, emerso con forza dopo l'11 settembre e le recenti guerre "contingenti". Il problema della violenza e della sofferenza mostrata durante telegiornali e notizie è un tema che il nostro lavoro viene ipotizzato che la violenza mostrata nei notiziari possa avere lo stesso impatto sui bambini di quella presente nei programmi di intrattenimento (film, telefilm). L'articolo analizza, a partire da alcuni articoli di recente pubblicazione, i potenziali effetti della violenza mostrata al bambino (stress, paure, ansie ed effetti associati quali disturbi del sonno o incubazione di comportamenti) derivanti dall'esposizione alla violenza mostrata nei notiziari televisivi. Questi rappresentano la principale fonte di informazione sul mondo che lo circonda e svolgono un ruolo importante, positivo contribuendo alla sua socializzazione politica e preparandolo ai poteri della vita. D'altro canto vi è una progressiva tendenza nei notiziari televisivi a focalizzarsi su storie violente e sensazionalistiche e a intrecciare la cronaca con lo spettacolo. È necessario informare i genitori che molti telegiornali non sono adatti allo sviluppo emotivo ed emozionale del bambino. I pediatri si trovano in una buona posizione per compiere un ruolo di informazione che andrebbe estesa anche a educatori, policy makers, giornalisti e programmi televisivi. Gli autori forniscono quindi una serie di proposte operative per affrontare il problema, indicando la necessità di:

- 1) compiere azioni di informazione per famiglie e scuole sui possibili effetti negativi della violenza del bambino della violenza contenuta nei notiziari. Genitori ed educatori dovrebbero essere informati sui bambini che il quadro fornito dalla televisione è inaccurato e parziale, e sui potenziali effetti di disponibilità di immagini sensazionalistiche. Il bambino non dovrebbe quindi essere esposto solo durante i notiziari ma è importante la presenza di un adulto che possa mediare i messaggi trasmessi.
- 2) attivare un dibattito pubblico sull'argomento, che coinvolga anche l'industria televisiva.
- 3) promuovere programmi di informazione alternativi e rivolti ai bisogni specifici dei bambini.
- 4) promuovere la ricerca sugli effetti dannosi della violenza contenuta nei notiziari.

Tali proposte comportano quindi un impegno sia a livello individuale che di sistema di ricerca pediatrica. Ci sembra un tema su cui merita avviare una discussione anche all'interno della comunità pediatrica. Il numero di luglio di Pediatrics contiene anche un articolo ([vedi abstract](#)) che studia il comportamento e l'attitudine dei genitori rispetto alla violenza in TV e le loro preoccupazioni per i bambini. I risultati mettono in evidenza una variabilità nelle attitudini e l'importanza di una ricerca che sembra essere svolta soprattutto dalle madri e in caso di bambini piccoli. È stata confermata la necessità di avviare un dialogo con i genitori su questi aspetti.

Sempre rispetto al ruolo della televisione, segnaliamo un terzo lavoro pubblicato su Pediatrics ([vedi abstract](#)) che studia la relazione tra restrizione realizzata dai genitori rispetto alla visione di film vietati (vietati ai minori di 17 anni) da parte dei figli adolescenti e il rischio di inibizione. I risultati emergerebbero che la limitazione della visione di questi film è associata a un

## **Ambiente e salute del bambino.**

Uno studio pubblicato su Lancet ([vedi abstract](#)) e realizzato tra gli altri da un gruppo dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste e dell'Università di Udine quantifica gli effetti dell'esposizione ad alcuni tra i maggiori fattori ambientali. Nei bambini europei (secondo la definizione OMS, l'area comprende anche l'ex Unione Sovietica) dell'esposizione ad alcuni tra i maggiori fattori ambientali. Nel 6,4% dei decessi in bambini di età inferiore a 5 anni sono da attribuirsi all'inquinamento atmosferico, 4,6% all'inquinamento indoor, 5,3% alla mancanza di acqua e servizi igienici. Gli effetti dell'inquinamento da piombo sono responsabili di un notevole aumento della mortalità infantile lieve. Sono comunque gli incidenti, che tra 0 e 19 anni causano il 22,6% dei decessi e producono il danno maggiore. Le differenze tra Europa occidentale e orientale sono evidenti: gli incidenti a Est causano da tre a quattro volte più decessi che a Ovest. L'inquinamento dell'aria e della mancanza di acqua causa circa 600 decessi e 20.000 ricoveri a Est. Su questi dati, e sulle evidenze che gran parte di questi decessi possono essere evitati con politiche e specifiche misure di prevenzione, si è basato il piano d'azione per l'ambiente del bambino che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, insieme ai 52 Paesi dell'Europa, ha approvato nel giugno scorso a Budapest.

### **Referenze**

Valent F, Little D, Bertollini R, et al. Burden of disease attributable to selected environmental factors in children and adolescents in Europe. Lancet 2004;363:2032-9.

## **Immunoterapia sottolinguale nell'asma e nella rinocongiuntivite.**

Si tratta di una revisione sistematica della letteratura molto ben condotta, pubblicata su Lancet ([vedi abstract](#)) e realizzata dal gruppo del Sacro Cuore. Gli obiettivi erano quelli di valutare l'efficacia clinica dell'immunoterapia sottolinguale (SLIT) nell'allergia respiratoria. Per identificare tutti i lavori potenzialmente rilevanti sono state analizzate le prime 1000 pubblicazioni disponibili (Medline, Embase, Cochrane Controlled Trial Register, Abstract del Gruppo), è stata realizzata una ricerca diretta sugli ultimi due anni di pubblicazioni pediatriche e allergologiche e sono stati visionati gli archivi di alcuni produttori di allergeni. Includi nella metanalisi solo studi 1) basati su estratti commerciali di allergeni; 2) che includevano pazienti con sintomi respiratori; 3) che includevano solo bambini (i dati pediatrici potessero essere estratti); 4) basati su valutazioni cliniche; 5) pubblicati in riviste randomizzate e condotti in doppio cieco; 7) in cui il gruppo di controllo fosse trattato con immunoterapia specifica (SIT) somministrata per via diversa dalla sottolinguale. Criterio di esclusione era la perdita al follow up superiore al 20% (nessun lavoro escluso per questo motivo). La qualità metodologica dei lavori selezionati è stata valutata e standardizzata e indipendente dai 4 revisori in base ai criteri dell'Evidence Working Group ed è stata giudicata non molto buona. Dei 505 lavori inclusi, 100 soddisfacevano tutti i criteri di inclusione. In tutti il confronto era fatto contro placebo. I lavori erano 1 con polvere di casa, 1 con polline di olivo, 1 con parietaria e 1 con polline di betulla. La valutazione quantitativa degli studi (metanalisi) non è stata possibile perché i dati di alcuni studi non erano sufficientemente omogenei. È stato

gruppo di lavoro ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma), che supporta l'uso di SLIT nella rinite allergica stagionale dei bambini, in quanto la qualità della letteratura non viene giudicata valida.

### **Referenze**

Miceli Sopo S, Macchiaiolo M, Zorzi G, Tripodi S. Sublingual immunotherapy in asthma: a systematic review of paediatric literature. Arch Dis Child 2004; 89: 620-624.

### **Paracetamolo o ibuprofene per il trattamento della febbre e del dolore?**

Una revisione sistematica con metanalisi pubblicata su APAM ([vedi abstract](#)) si è proposta di valutare efficacia e sicurezza di una dose singola di acetaminofene (7-15mg/kg o 10mg/kg) nel trattamento della febbre e del dolore da medio a severo in cui per identificare gli studi rilevanti sono state consultate le principali banche dati di Embase, Cochrane, CINAHL, ecc), senza restrizioni di linguaggio, e con un tentativo anche lavori non pubblicati (ricerca manuale nelle referenze degli articoli in revisioni, di libri di testo, contatto con le case farmaceutiche, ecc). Nei metodi le strategie di ricerca utilizzate per identificare gli articoli nelle banche dati e i criteri (RCT in cieco con pazienti <18 anni) ed esclusione. La valutazione dei dati e l'estrazione dei dati sono state realizzate da due valutatori indipendenti. Dei 127 studi 17 rispondevano ai criteri di inclusione. Rispetto al dolore (3 RCT, 186 ragazzi) l'acetaminofene (paracetamolo) hanno dimostrato efficacia comparabile (a 2 ore RR 0,82-1,58; a 4 ore RR 1,11, IC 95% 0,89-1,38). Nella riduzione della temperatura l'ibuprofene sembra invece ottenere risultati migliori sia a 2, che a 4 ore con RR rispettivamente di 0,19, IC 95% 0,05-0,33; 0,31, IC 95% 0,19-0,44; 0,33, IC 95% 0,19-0,44. 17 RCT sulla sicurezza non sono state evidenziate differenze tra i due farmaci rispetto al placebo nell'incidenza di effetti collaterali maggiori o minori. Gli autori concludono che ibuprofene (4-10mg/Kg) e paracetamolo (10-15mg/Kg) somministrati in modo appropriato mostrano simile efficacia nel trattamento del dolore da lieve a moderato e similitudine come analgesici ed antipiretici in età pediatrica. L'ibuprofene è stato più efficace come analgesico a 2 e 6 ore. Va comunque ricordato anche il problema dei costi, che sono maggiori per l'ibuprofene (doppi in caso di formulazione in sciroppo). Differenze nel prezzo esistono con i vari prodotti contenenti paracetamolo.

Rispetto agli effetti collaterali, in letteratura (ADC) sono stati segnalati casi di insufficienza renale in caso di somministrazione di ibuprofene in bambini disidratati. Un "case report" che necessita di conferme. Gli autori suggeriscono comunque di assicurare l'idratazione del bambino (o comunque il suo rischio di disidratazione) prima di somministrare l'ibuprofene.

### **Referenze**

Perrott DA, Piira T, Goodenough B. Efficacy and safety of Acetaminophen vs Ibuprofen for treatment of fever. Arch Pediatr Adol Med 2004; 158:521-526.

Moghal NE, Hegde S, Eastham KM. Ibuprofen and acute renal failure in a toddler. Arch Dis Child 2004; 89: 620-624.

cefalosporine si mantenevano solo per la cura batteriologica ma si perdevano in pratica. Ci sembrava quindi che le conclusioni degli autori (che si spingevano sull'importanza dell'inserimento delle cefalosporine come prima scelta per il trattamento delle infezioni streptococciche) non fossero condivisibili. Un articolo di commento pubblicato su *BMJ* giunge alle nostre stesse conclusioni. L'autore infatti sottolinea che l'inclusione di articoli di bassa qualità metodologica e con problemi maggiori nel disegno è stata la causa della scarsa qualità dei dati degli articoli originali è scadente, la metanalisi non è credibile nel caso della metanalisi in questione ad esempio, su 35 studi analizzati solo 6 erano di alta qualità, solo 9 garantivano la cecità dei valutatori, solo 3 riportavano la percentuale di follow up, ecc. Complessivamente più di 2/3 degli studi inclusi era di bassa qualità e presentava un punteggio alla scala di Jadad  $\leq 2$ . La scala di Jadad è uno strumento di valutazione della qualità metodologica dei RCT; per maggiori informazioni sull'uso di questo strumento di valutazione della qualità di una revisione sistematica si rimanda all'allegato del numero 1 di questo numero. Questo riportato è un ulteriore esempio di come sia importante imparare a leggere e valutare i lavori pubblicati anche su riviste prestigiose. Per noi che realizziamo il lavoro di lettura della letteratura e di Journal Club a Trieste e Monfalcone, l'essere riusciti ad identificare un errore metodologico "nascosto" dagli autori ci sembra un importante risultato del nostro lavoro svolgendo e della sua utilità.

#### **Referenze**

Casey JR, Pichichero ME. Meta-analysis of cephalosporin versus penicillin treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis in children. *Pediatrics* 2004;113(4):866-82.

Stanford T, Shulman ST, Gerber MS. So what's wrong with penicillin for strep throat? *Pediatrics* 2004;113(4):866-82.

#### **Acido folico periconcezionale per la prevenzione dei difetti del tubo neurale.**

L'acido folico è una vitamina (B9) che è risultata efficace nel prevenire i difetti del tubo neurale (DTN) e in minor misura altre malformazioni congenite quali i difetti del troncoconali, le labiopalatoschisi, le uropatie ostruttive, le ipo/agenesie degli arti inferiori. Le evidenze provenienti da RCT e da revisioni sistematiche indicano una riduzione del rischio di DTN di circa il 50% in zone a bassa prevalenza (intorno all'1 x 1000, come ad esempio in Italia) e di circa il 25% in zone ad alta prevalenza (6-7 x 1000). Per quanto riguarda le altre malformazioni il beneficio è meno robusto e l'effetto probabilmente più debole e stimabile intorno al 20%. In base alle evidenze negli Stati Uniti già dal 1992 viene raccomandato che tutte le donne in gravidanza o che comunque non la escludono assumano una supplementazione di 0,4 mg di acido folico. Per poter essere efficace la supplementazione deve essere iniziata cioè iniziata già prima del concepimento e continuata nel primo trimestre di gravidanza. Nel tubo neurale infatti si chiude alla fine della quarta settimana di età gestazionale. Negli Stati Uniti sono stati attivati 3 approcci per aumentare l'assunzione di acido folico periconcezionale: 1) il miglioramento della dieta; 2) la fortificazione dei cibi con acido folico (per il grano duro soprattutto), diventata obbligatoria dal 1998; 3) la promozione dell'assunzione di integratori contenenti acido folico. Una segnalazione del Centre for Diseases and Prevention di Atlanta riportata su *JAMA* mostra alcuni risultati ottenuti: grazie alla fortifi-



portare ad un aumento nell'assunzione di supplementi contenenti acido folico periconcezionale. Ad esempio negli Stati Uniti, l'88% di un campione di donne ha dichiarato che avrebbe assunto acido folico se ne fosse stata informata dal proprio medico. Per informazioni su Progetto 6+1 e acido folico periconcezionale si rimanda ai siti [www.sanita.fvg.it/ars/specializza/progetti/fr\\_prevenzione.htm](http://www.sanita.fvg.it/ars/specializza/progetti/fr_prevenzione.htm) (Agenzia Regionale Sanitaria) e [www.epicentro.iss.it/problemi/materno/sei+1.htm](http://www.epicentro.iss.it/problemi/materno/sei+1.htm) (Epicentro) e [www.medicoebambino.com/elettroniche/archivio/ARCH2003/PPT/AcidoFolico.htm](http://www.medicoebambino.com/elettroniche/archivio/ARCH2003/PPT/AcidoFolico.htm) (pagine elettroniche di Medico e Bambino)

Si allega inoltre un file in formato pdf con maggiori informazioni rispetto all'acido folico periconcezionale. Il testo è stato preparato nel 2000 per il Progetto 6+1 e successivamente aggiornato.

#### **Referenze**

JAMA 2004; 292(3):325-6.

#### **Toilet training problematico.**

Una serie di studi affrontano il problema del toilet training (l'addestramento a utilizzare il vasino o il gabinetto) problematico. Studi recenti metterebbero in evidenza che i bambini di oggi completano il toilet training diurno (TT) più tardi rispetto alla generazione precedente. L'età media di completamento nella metà degli anni 80 era tra 25-30 mesi, attualmente solo il 40-60% dei bambini avrebbero completato il TT diurno a 36 mesi (dati per lo più statunitensi). Obiettivo di uno studio di coorte realizzato e recentemente pubblicato su Journal of Pediatrics ([vedi abstract](#)) era quello di verificare i fattori di ritardo. Sono stati seguiti 406 bambini a partire dall'età di 17-19 mesi con interviste realizzate ogni 2-3 mesi fino al completamento del TT diurno (come definito dagli standard del lavoro). Nelle interviste di follow-up sono state analizzate le azioni intraprese per realizzare il TT, il comportamento del bambino nei suoi confronti, la presenza di stipsi, la nascita di fratelli e la frequenza dell'asilo. Al momento dell'arruolamento sono state analizzate con una serie di test (Parenting Stress Index e Receptive-Expressive Language Scale) il livello di stress genitoriale, le caratteristiche del bambino e il suo sviluppo. Tutti i bambini (93%) hanno completato il follow up. L'età media di completamento del TT è di  $36,8 \pm 6,1$  mesi (range da 22 a 54 mesi). 60 bambini non avevano ancora completato il TT dopo 42 mesi. Questo gruppo (definito come TT ritardato) è stato confrontato con un gruppo di controllo ottenuto il TT prima delle 42 settimane (318 bambini). Nel primo gruppo di bambini, secondo, il TT era stato iniziato in media più tardi (22,3 vs 20,6 mesi), la percentuale di stipsi e defecare nel vasino/gabinetto (stool toileting refusal, STR) era più alta (56,7% vs 13,2%) pure la percentuale di stipsi frequente (41,7 vs 13,2%). All'analisi multivariata (controllando all'inizio del TT, stipsi e STR) sono risultati essere predittivi nei confronti del completamento del TT.

Gli stessi autori sulla stessa popolazione cercano di definire in un articolo pubblicato sulle pagine elettroniche di Pediatrics ([vedi testo completo](#)) quale sia la relazione temporale e

specializzato per problemi nel TT sono stati reclutati 46 bambini e confrontati con la popolazione generale e senza problemi di TT. A tutti sono stati somministrati questionari (Parenting Scale, Carey-McDevitt Behavioral Style Questionnaire) e un questionario sul TT. I bambini nel gruppo TT difficile (età media 5,1 anni!) avevano maggiori problemi di essere adattabili, più negativi nell'umore, meno persistenti e di essere caratterizzati da un livello di approccio inferiore. Inoltre avevano maggiori probabilità di presentare stipsi, nascondersi per defecare (74%) e di chiedere un pannolino in cui defecare. Il risultato genitoriale non è risultato essere diverso nei 2 gruppi. Lo studio presenta alcune limitazioni e rendono difficilmente generalizzabili i suoi risultati, in particolare il fatto di aver reclutato bambini con gravi problemi nel TT (reclutamento in un centro specializzato, età media alta). In conclusione, il TT cominciato più tardi, la presenza di stipsi e il rifiuto del vasino/gabinetto si associano in maniera indipendente al ritardo di completamento del TT. Stipsi e la defecazione dolorosa sembrano essere preesistenti allo sviluppo di rifiuto del vasino/gabinetto, facendo supporre che siano fenomeni cronici e poco considerabili nel TT.

Segnaliamo ancora due editoriali di accompagnamento dei lavori citati, uno pubblicato su *Pediatrics* ([vedi testo completo](#)) e uno su *Pediatrics*, che puntualizzano alcuni aspetti.

#### **Referenze**

Blum NJ, Taubman B, Nemeth N. Why is toilet training occurring at older ages? a study of factors associated with delayed toilet training. *J Pediatr* 2004; 145:107-11

Blum NJ, Taubman B, Nemeth N. During toilet training, constipation occurs before stool toileting. *J Pediatr* 2004; 113: e520-e522.

Schonwald A, Sherritt L, Stadtler A, et al. Factors associated with difficult toilet training. *Pediatrics* 2004; 113: 1757.

Shaikh N. Time to get on the potty: Are constipation and stool toileting refusal causing delayed toilet training? *J Pediatr* 2004; 145:12-13.

Fleisher DR. Understanding toilet training difficulties. *Pediatrics* 2004; 113: 1809-1810.

#### **Celiachia e screening.**

ADC pubblica un lavoro realizzato a Trieste ([vedi abstract](#)) che riguarda lo screening per la malattia celiachia (MC) e un editoriale di commento. Obiettivo dello studio è determinare la prevalenza di MC in una larga popolazione pediatrica, valutare l'efficacia di un programma di screening e della dieta nei nuovi celiaci, verificare la presenza di anticorpi nel sangue o di laboratorio a un follow-up di 24 mesi. Sono stati reclutati 3665 bambini tra i 5 e i 10 anni dalle scuole elementari di Trieste. 3188 (87%) hanno accettato di partecipare allo studio. Per lo screening sono state dosate le tTG (transglutaminasi tissutali) nei sieri prelevati. L'1,5% dei pazienti scrinati (48/3188) sono risultati positivi all'htTG. 7 di questi sono stati invitati a proseguire negli accertamenti. Dei restanti 41, 31 erano EMA (anticorpi anti-endomysio) e 10 erano positivi. Questi sono stati avviati alla biopsia intestinale che è stata rifiutata in 3 casi e risultata negativa nei restanti 28. Per la presenza dell'HLA tipico della MC (DQ2/DQ8) anche i 10 bambini sono stati considerati celiaci, pur in assenza di conferma biptica. Dei 10 htTg positivi ma con EMA e HLA negativi sono stati considerati non celiaci per l'assenza dell'HLA tipico. 4 positivi per EMA e HLA negativi sono stati considerati non celiaci per l'assenza dell'HLA tipico.



(33,3%) ancora positivi anche se a livelli più bassi. Questo potrebbe far supporre che la dieta non sia stata buona per tutti i pazienti. I pazienti sintomatici hanno visto scomparire i sintomi. Secondo gli autori quindi la dieta è generalmente stata efficace. I bambini positivi per autoanticorpi (tireoperossidasi) si sono negativizzati. I bambini diagnosticati con biopsia hanno approvato l'iniziativa dello screening. I ricercatori concludono che uno screening di massa dovrebbe essere preso in attenta considerazione in base alla prevalenza di MC nella popolazione, le possibili complicazioni in caso di mancata risposta, la disponibilità di un valido metodo di screening e l'evidenza di una buona risposta al trattamento dietetico. Nell'editoriale collegato all'articolo vengono puntualizzati i punti più importanti:

- 1) la MC è sicuramente un importante problema di salute pubblica di cui sono ancora poco note le morbosità e mortalità associate. Si sa però poco della storia naturale nei pazienti.
- 2) il test proposto sembra adatto ad uno screening e ha dimostrato un'alta sensibilità. In mancanza di biopsia nei negativi non può però essere stabilita la specificità del test;
- 3) uno dei punti chiave nella valutazione di qualsiasi test di screening è considerare se il test e il successivo trattamento risultano in un guadagno di salute. Se è ben documentata l'efficacia della dieta nei pazienti sintomatici, i benefici di un riconoscimento precoce degli asintomatici non è stato ancora dimostrato (e non si possono trasferire i risultati dagli uni agli altri). I benefici sulla salute di un programma di screening di massa per la MC non sono quindi conosciuti e in particolare non esiste uno studio sperimentale che indichi che lo screening aumenti significativamente la sopravvivenza. L'aumento sia più importante degli svantaggi derivanti dallo screening stesso (benessere, soprattutto dieta successiva, ecc).
- 4) idealmente, l'evidenza dell'efficacia nel ridurre morbosità e mortalità dovrebbe provenire da studi randomizzati, che permetterebbero anche di valutare più accuratamente i costi. Man mano però che aumentano le evidenze sulla malattia, diventa sempre più difficile intraprendere un trial controllato e randomizzato. Al momento, sebbene l'efficacia della dieta è ben documentata, dell'editoriale, esiste ancora una "finestra" di opportunità in cui c'è abbastanza tempo per tollerare la randomizzazione. La lezione, per i ricercatori di malattie come la MC, è di non perdere questa finestra, altrimenti il dibattito se fare o meno uno screening di massa si protrarrà per decenni.

Segnaliamo ancora sul tema celiachia un articolo pubblicato su Pediatrics di giugno che riguarda i disturbi neurologici associati a tale condizione. È stata riportata un'associazione tra MC e atassia cerebellare, epilessia, atassia mioclonica, nevrologia, demenza, specie in adulti di mezza età. Gli autori suggeriscono che lo spettro dei disturbi neurologici possa essere più ampio. Per valutare tale ipotesi è stato chiesto ad un gruppo di 111 bambini con MC la compilazione di un questionario specifico, sono state analizzate le loro cartelle e, nel caso, realizzati accertamenti neurologici (clinici, radiologici, elettroencefalogrammi). I risultati sono stati confrontati con un gruppo di controllo appaiato per sesso ed età. I bambini con MC (n=111) rispetto ai controlli (n=211) presentavano più frequentemente problemi

## Trauma cranico nel bambino.

Un revisione sistematica della letteratura pubblicata su ADC ([vedi abstract](#)) si è identificare le variabili che possono predire un danno cerebrale importante (emo nei bambini con trauma cranico minore (definito da un Glasgow Coma Score della letteratura alla ricerca degli articoli rilevanti sembra essere stata condotta senza restrizioni di linguaggio, con tentativo di recuperare anche studi non pubblicati inclusi solo studi di coorte che riguardassero i minori di 18 anni, che avessero re pazienti e in cui venisse documentato l'utilizzo di un gold standard adeguato presenza di emorragia intracranica (in linea di massima una combinazione di TA valutazione dei lavori identificati è stata condotta da 2 revisori indipendenti. Solo qualità in accordo con i criteri utilizzati dal Centro per la Medicina Basata sull'E sono stati inclusi nell'analisi (16 studi con un totale di 22420 pazienti). Alla me sono risultate essere associate in maniera statisticamente significativa con un ri emorragia intracranica: la presenza di segni neurologici focali (RR 9,43, IC 95% 3,35-11,2), la frattura del cranio (RR 6,13, IC 95% 3,35-11,2), la riduzione del livello di cosc 95% 1.59-19.0) e la perdita di coscienza (RR 2,23, IC 95% 1,20-4,16). statisticamente significativa nel rischio è stata riscontrata per la presenza di von convulsioni. Gli autori commentano che è sorprendente la non significatività del sono solitamente considerate un buon predittore di emorragia intracranica. Eff stimato per convulsioni è di 2,82 ma, probabilmente per la grande variabilità studi originali nel riportare questa variabile, non viene raggiunta la significo risultati dello studio vanno comunque presi con la dovuta cautela vista l'eteroge studi originali e la variabilità nella frequenza riportata di emorragia intracr costituiscono infatti un limite alla possibilità di sommare i dati dei singoli studi risultati validi.

Un articolo pubblicato sulle pagine elettroniche di Pediatrics ([vedi testo comple evidenza come la storia isolata di perdita di coscienza o di amnesia non sembri lesione cerebrale dopo trauma cranico. Perdita di coscienza e/o amnesia \(secondo di amnesia dopo trauma cranico è un marker surrogato della perdita di cosc considerate indicazioni alla realizzazione della TAC, almeno negli Stati Uniti dov il lavoro. Si tratta di un ampio studio prospettico di 3 anni realizzato sui minor stati inclusi tutti i bambini con trauma cranico \(anche politraumatizzati\) che affer soccorso di 1° livello. Gli outcomes \(esiti\) studiati sono stati le lesioni cerebr TAC e gli interventi di emergenza richiesti. Complessivamente sono stati arruola 62% è stato sottoposto a TAC. I risultati mostrano come nessun bambino con p e/o amnesia isolate senza altri segni di danno cerebrale traumatico abbia prese danno cerebrale alla TAC né necessità di un intervento d'urgenza. Lo studio \(peraltro discussi dagli autori\) come ad esempio il fatto che siano stati reclutati p i 24 mesi e che non tutti i bambini siano stati sottoposti a TAC. Per questi realizzato un follow up telefonico e ricercati eventuali ricoveri successivi. Gli che l'eliminazione della perdita di coscienza e dell'amnesia isolate dalle](#)

danni ad organi solidi in aggiunta al trauma cranico di presentazione. Per l'80% il possibile trauma da abuso i genitori non sapevano riferire come fosse avvenuto e il bambino era stato portato al trauma. Non c'erano differenze importanti tra i due gruppi rispetto alle caratteristiche etniche, presenza di frattura del cranio, emorragia epidurale o sottodurale. I bambini classificati nel gruppo con trauma da abuso avevano una probabilità maggiore di presentare: 1) emorragia sottodurale (80 vs 27%,  $p < 0,001$ ); 2) emorragie retiniche (60 vs 10%), l'altro erano più frequentemente bilaterali, multiple, comprendenti sia gli strati intraretinici, coprenti la macula ed estese alla periferia della retina; 3) convulsioni e uno stato mentale anormale alla presentazione iniziale (53% vs 1%). I bambini con traumi accidentali avevano invece maggiori probabilità di presentare ematomi dello scalp e dei visi. In autori, le emorragie retiniche, specie se di particolare gravità, potrebbero essere utili per la presenza di convulsioni e di stato mentale anomalo, per distinguere il trauma cranico da quello accidentale nei bambini con meno di 24 mesi di età. Lo studio presenta i limiti di una numerosità piccola del campione; il modo in cui è stata posta la diagnosi di abuso; il fatto di aver utilizzato uno schema di classificazione non validato che si basava su storie cliniche; l'esclusione dei bambini del gruppo definito come "trauma accidentale" dagli autori; il rispetto ad un possibile abuso; la realizzazione della sola analisi univariata. La presenza di emorragie retiniche può quindi essere suggestiva di trauma da abuso e si dovrebbe approfondire o no il problema va presa valutando anche altri parametri. Questo studio richiama l'attenzione sulla frequenza delle emorragie retiniche nei traumi cranici e sulla loro possibile gravità (quanti le ricercano nei Pronti Soccorso?). Considerando l'intervallo di tempo dei bambini presentava un'emorragia retinica, il 9% un'emorragia bilaterale e il 10% il coinvolgimento della macula.

Per concludere segnaliamo su ADC di agosto un lavoro ([vedi abstract](#)) che valida le linee guida del National Institute of Clinical Excellence (NICE) del Regno Unito per il trauma cranico (vedi la tabella tratta dal lavoro). Tali linee guida, pubblicate nel 2008, prevedono la realizzazione della TAC in sostituzione della radiografia del cranio, che era invece indicata dal precedente approccio (Royal College of Surgeons). Su 10965 minori di 16 anni con un trauma cranico di qualsiasi entità da 3 ospedali, i risultati mettono in evidenza che le linee guida del NICE comporterebbero la realizzazione della TAC nel 9% dei pazienti con un limite superiore dell'intervallo di confidenza che arriva a 10%. Gli autori quindi non aumenterebbero il numero dei pazienti considerati ad ammissione e sposterebbero la loro gestione dal Pronto Soccorso alla radiologia.

**Table 3** NICE guidelines for CT scanning of high risk patients

Patients who have sustained a head injury and present with any one of the following risk factors should have CT scanning of the head

- GCS less than 13 at any point since the injury
- GCS equal to 13 or 14 at 2 hours after the injury
- Suspected open or depressed skull fracture
- Any sign of basal skull fracture (haemotympanum, "panda" eyes, cerebrospinal fluid otorrhoea, Battle's sign)
- Post-traumatic seizure
- Focal neurological deficit
- More than one episode of vomiting (clinical judgement should be used regarding the cause of vomiting in those aged 12 years or over)

Palchak MJ, Holmes JF, Vance CW, et al. Does an isolated history of loss of consciousness or anoxic injuries in children after blunt head trauma? *Pediatrics* 2004; 113: e507-e513

Bechtel K, Stoessel K, Leventhal JM, et al. Characteristics that distinguish accidental from abusive head injuries in young children with head trauma. *Pediatrics* 2004; 114: 165-168.

Dunning J, Daly PJ, Malhotra R, et al. The implications of NICE guidelines on the management of children with head injury. *Arch Dis Child* 2004;89:763-767

### **Effetto sulla tosse notturna di due sedativi della tosse rispetto al placebo.**

Questo RCT in doppio cieco pubblicato sulle pagine elettroniche di *Pediatrics* (v. 114, n. 10, ottobre 2004) ha l'obiettivo di valutare se destrometorfano (DM) e difenilidramina (DPH) sono superiori rispetto al placebo 1) per il trattamento della tosse notturna associata a infezioni respiratorie alte (URI) e delle conseguenti difficoltà di sonno nei bambini e 2) sulla qualità del sonno dei genitori. 100 genitori di bambini tra 2 e 18 anni con URI sono stati reclutati presso alcuni studi pediatrici negli Stati Uniti. Dopo stratificazione per età, i bambini sono stati assegnati in maniera randomizzata ad uno dei 3 gruppi di studio (DM, DPH o placebo). I materiali e metodi non vengono riportate informazioni utili a chiarire se la randomizzazione è stata adeguata. E' stata invece calcolata a priori la grandezza del campione di bambini necessario per la valutazione dell'effetto dei farmaci è stata ottenuta con un questionario compilato dai genitori che conteneva 5 domande su frequenza, gravità e disturbo derivato dalla tosse notturna e sulla qualità del sonno di bambino e genitori. Le risposte sono state raccolte a intervalli consecutivi: il giorno di accesso al servizio (prima quindi di somministrare il farmaco o il placebo successivo (dopo la somministrazione del farmaco o del placebo prima del sonno). L'età dei bambini arruolati era di 4,5 anni (range 2-16,5) e non erano presenti differenze significative tra i 3 gruppi anche per sesso, variabili etniche, caratteristiche e durata della URI. I risultati mostrano che come in tutti i 3 gruppi i parametri sono significativamente (e drammaticamente) peggiori la seconda notte rispetto alla prima. Né il DM né la DPH hanno prodotto un beneficio significativo se confrontati con il placebo per gli outcomes considerati. Gli effetti collaterali sono stati riportati; il più frequente è risultato essere l'iperattività, ma anche in questo caso senza differenze significative. Il lavoro presenta alcuni limiti che sono discussi dagli autori: la valutazione era basata su un questionario; non poteva essere garantita la compliance (assunzione effettiva del farmaco); è stato valutato l'effetto di una singola dose somministrata per una sola sera; non è stato valutato l'effetto senza trattamento. Gli autori concludono che né DPH né DM sembrano essere efficaci nell'alleviare i sintomi notturni dei bambini con tosse e difficoltà di sonno. L'utilizzo di questi farmaci e la loro disponibilità come farmaci da banco dovrebbero essere oggetto di attenta valutazione, vista l'incertezza sulla loro efficacia (confermata anche per il placebo) e la loro potenziale tossicità. Ad esempio per il DM a dosi standard sono stati riportati effetti collaterali come distonia, anafilassi e mastocitosi; ingestioni accidentali e sovradosaggi non sono stati riportati. In particolare se associato con altri farmaci da banco, sono state segnalate distonia, allucinazioni, atassia, sonnolenza, diabete insulino-dipendente, morte. Anche per la DPH (antistaminico di prima generazione) sono descritti effetti collaterali importanti.

valutata con tampone nasofaringeo la prevalenza dei portatori di Streptococcus pneumoniae e Staphylococcus aureus in 3198 bambini sani, nella fascia di età 1-19 anni. I risultati sono i seguenti:

- il 19% del campione (598 bambini) è risultato essere portatore di S. pneumoniae. Il portatore è influenzato dall'età (picco di incidenza a 3 anni) e dalla frequenza di contatti (OR 1,44, 95% CI 1,44 - 3,18);
- lo stato di portatore di S. aureus è influenzato dall'età (picco di incidenza a 1 anno) e dal sesso maschile (OR 1,46, 1,25-1,70)
- la sierotipizzazione ha mostrato un 42% di pneumococchi contenuti nel vaccino 7-valente.

Gli autori hanno evidenziato una correlazione negativa per la co-colonizzazione tra i sierotipi di S. pneumoniae vaccinali (OR 0,68, 0,48-0,94), ma non per la co-colonizzazione tra S. aureus e da sierotipi di pneumococco non vaccinali. Queste evidenze suggerirebbero una competizione naturale nella colonizzazione tra pneumococchi contenuti nel vaccino. Il venir meno di questa competizione potrebbe spiegare l'aumento delle otiti nasali dopo la vaccinazione. I pericoli derivanti da un aumento di OMA da Stafilococcus aureus, ad esempio la necessità di utilizzare schemi antibiotici diversi da quelli attualmente in uso, rendono l'argomento necessita comunque di ulteriori studi di conferma.

#### **Referenze**

Bogaert D, van Belkum A, Sluijter M, et al. Colonisation by Streptococcus pneumoniae and Staphylococcus aureus in healthy children. Lancet 2004;363:1871-2.

#### **Vaccinazione contro MPR e convulsioni febbrili.**

Uno studio di coorte pubblicato su JAMA ([vedi abstract](#)) e realizzato in Danimarca su 1000 bambini ha analizzato la relazione esistente tra vaccinazione con vaccino trivalente contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) e il rischio di convulsioni febbrili, valutando anche il possibile ruolo di fattori di rischio quali la storia personale o familiare di convulsioni febbrili, i fattori socio-economici della famiglia. Lo studio ha inoltre valutato gli esiti a lungo termine (ricorrenza, sviluppo di epilessia) delle convulsioni febbrili esordite dopo vaccinazione. I risultati mettono in evidenza che la vaccinazione con MPR si associa ad un transitorio aumento del rischio di convulsioni febbrili ma la differenza di rischio è piccola anche in bambini con storia di convulsioni febbrili. Nel follow-up il rischio di epilessia non è risultato essere aumentato nei bambini con convulsioni febbrili post-vaccino MPR rispetto ai bambini con convulsioni febbrili di altra eziologia.

Segnaliamo, per chi fosse interessato all'argomento vaccinazioni, oltre all'articolo che qui viene dedicato su "Epicentro", il portale dell'Istituto Superiore di Sanità dedicato alle vaccinazioni ([www.epicentro.iss.it/problemi/vaccinazioni/vaccinazioni.htm](http://www.epicentro.iss.it/problemi/vaccinazioni/vaccinazioni.htm)), il sito "le vaccinazioni" del Network Italiano dei Servizi di Vaccinazione. Il Network è costituito da una rete di servizi di vaccinazione presenti nelle diverse regioni del Paese e riunisce medici e ricercatori impegnati nel campo delle vaccinazioni. Sia Epicentro che il Network producono una newsletter periodica che può essere ricevuta per e-mail dopo iscrizione al servizio o consultata sul sito web.

**Referenze**



sicurezza della terapia con pravastatina in età pediatrica nei soggetti affetti da ipercolesterolemia familiare eterozigote su un periodo di due anni. Sono stati reclutati 240 ragazzi tra gli 8 ed i 18 anni con ipercolesterolemia familiare, afferenti a centri universitari. Durante un periodo di tre mesi in cui tutti i partecipanti sono stati sottoposti ad un trattamento caratterizzato da un basso apporto di grassi ed incoraggiamento al regolare svolgimento di attività fisica, i soggetti che continuavano a presentare livelli di colesterolo LDL superiori a 200 mg/dl e trigliceridi minori di 350 mg/dl (in assenza di ulteriori fattori predisponenti come diabete, ipertensione, uso di estrogeni o steroidi, ipotiroidismo, ecc) sono stati assegnati in maniera randomizzata in due gruppi: trattamento con 20-40 mg/die di pravastatina (106) e placebo (108). Durante il periodo di mantenimento le indicazioni comportamentali avviate nel periodo di selezione sono state mantenute. L'indicatore primario di efficacia era rappresentato dalla modificazione dell'ispessimento dell'intima/media della carotide a due anni di distanza, rispetto al dato di partenza. Gli indicatori di sicurezza del trattamento erano rappresentati dalla crescita (in rapporto agli standard di Tanner), dalla maturazione, dai livelli ormonali e dalla modificazione della composizione corporea muscolari. L'ispessimento della carotide ha dimostrato una tendenza alla regressione nel gruppo trattato (in media  $-0,010$  mm,  $p=0,049$ ) mentre nei casi non trattati vi è stato un trend verso l'incremento (in media  $+0,005$  mm,  $p=0,28$ ). La modificazione media dell'ispessimento tra i due gruppi (in mm) è risultata essere statisticamente significativa ( $p=0,02$ ). La somministrazione di pravastatina ha determinato inoltre una riduzione media del colesterolo LDL del 24,1% laddove il gruppo placebo è stato seguito da un incremento medio dello 0,3% ( $P < 0,001$ ). Nessuna differenza è stata riscontrata tra i due gruppi nel livello di enzimi muscolari, nei parametri endocrini, nell'accrescimento secondo Tanner, nell'epoca di comparsa del menarca e nei volumi corporei. Gli autori concludono quindi che due anni di trattamento con pravastatina producono una regressione dell'ispessimento carotideo nei soggetti affetti da ipercolesterolemia familiare eterozigote, senza effetti avversi significativi. Va comunque sottolineato che al momento non è chiaro se questa ritardata progressione dell'ispessimento carotideo ottenuto con i farmaci sia il risultato di un atteggiamento più aggressivo della modificazione dietetica e dell'aumento dell'attività fisica o di altri comportamenti qualche beneficio clinico futuro per i pazienti (ad esempio riduzione del rischio di eventi cardiovascolari). Sarebbero necessari lunghi studi di follow up che per il momento non sono stati realizzati. Questi aspetti sono puntualizzati in un editoriale di commento all'articolo pubblicato sulla stessa rivista.

Sempre su questo argomento segnaliamo un lavoro pubblicato su *Pediatrics* ([vedi articolo](#)) nel quale si discute di come, in presenza di un'anamnesi familiare di ipercolesterolemia e di malattie cardiovascolari, si possa identificare i ragazzi con aumentati livelli di colesterolo LDL. Gli autori utilizzano per questo proposito i criteri appositamente elaborati dall'American Academy of Pediatrics. I risultati risultano in un alto numero di falsi negativi (perdita di molti ragazzi con livelli elevati di colesterolo LDL) e falsi positivi (inclusione di ragazzi con livelli normali).

#### Referenze

Wiegman A, Hutten BA, de Groot E, et al. Efficacy and safety of statin therapy in children with hypercholesterolemia (a randomized controlled trial). *JAMA* 2004;292:331-337.

Gotto Jr AM. Targeting High-Risk Young Patients for Statin Therapy. *JAMA* 2004;292:377-378.

O'Leary DH, Lamon R, Paradise C, et al. Usefulness of the American Academy of Pediatrics



presso il dipartimento di Pediatria del Policlinico Federico II di Napoli) un qu...  
 pazienti visitati consecutivamente per un periodo di tre mesi, al fine di...  
 presentavano disturbi gastrointestinali funzionali secondo i sopraccitati “criteri di...  
 analizzati 9.660 bambini/ragazzi di età compresa tra 0-12 anni. Di questi, 194...  
 diagnosi di disordine gastrointestinale “funzionale” sulla base delle definizioni...  
 “criteri di Roma”: 72 (37%) presentavano rigurgito infantile, 26 (13%) dis...  
 sindrome del colon irritabile, 66 (34%) costipazione o altri disordini della d...  
 bambini sono stati rivalutati ad 1, 3 e 12 mesi per valutare la storia naturale del c...  
 194 bambini che avevano ricevuto diagnosi di disordine funzionale (2,5%) han...  
 la diagnosi in senso “organico” al follow up (un rigurgito funzionale evoluto...  
 esofageo con esofagite ed ematemesi, un rigurgito funzionale caratterizzato con...  
 proteine del latte vaccino e causa di deperimento, una dispepsia evoluta in app...  
 Gli autori concludono quindi che i criteri di Roma possono costituire un va...  
 “diagnosi positiva” in presenza di disordini gastrointestinali ed evitare, una vast...  
 anche invasivi.

TABLE 1. FGIDs: Diagnostic Criteria	
<p>Infant regurgitation            Regurgitation 2 or more times per day for 3 or more weeks            No retching, hematemesis, aspiration, apnea, failure to thrive, or abnormal posturing 1–12 mo old and otherwise healthy            No evidence of metabolic, GI, or CNS disease to explain the symptom</p>	<p>Functional dyspepsia            In children mature enough to provide history, at least 12 wk (need not be the preceding 12 months of            Persistent or recurrent pain or discomfort in upper abdomen (above the umbilicus)            No evidence (including at upper endoscopy) that structural or metabolic disease is likely to explain symptoms            No evidence that dyspepsia is excluded by stool frequency or stool form</p>
<p>Functional diarrhea            For &gt;4 wk, daily painless recurrent passage of 3 or more large, unformed stools, in addition to all of these characteristics:            Onset of symptoms begins between 6 and 36 mo of age            Passage of stools occurs during waking hours            No failure to thrive if adequate caloric intake</p>	<p>Functional constipation            In infants and preschool children, at least 12 wk (need not be consecutive) within the preceding 12 months of            Scybalous, pebble-like, hard stools for at least 2 of 3 consecutive weeks            Firm stools 2 or fewer times per week            There is no evidence of structural, metabolic, or infectious disease</p>
<p>IBS            In children mature enough to provide an accurate pain history, at least 12 wk (need not be consecutive) within the preceding 12 months of            Abdominal discomfort or pain that has 2 of 3 features:            Relieved with defecation            Onset associated with a change in frequency of stool            Onset associated with a change in form (appearance) or stool            There are no structural or metabolic abnormalities to explain the symptoms</p>	<p>Functional fecal retention            From infancy to 16 years of age, a history of            Passage of large-diameter stools at intervals of at least 1 week            Retentive posturing, avoiding defecation by contracting the pelvic floor; as pelvic floor contracts, the child uses the gluteal muscles to push the buttocks together</p>
<p>Cyclic vomiting syndrome            History of 3 or more periods of intense, acute nausea and unremitting vomiting lasting hours to days, with intervening symptom-free intervals lasting weeks to months            No metabolic, GI, or CNS structural or biochemical disease to explain symptoms</p>	
<p>GI indicates gastrointestinal; CNS, central nervous system</p>	

## Referenze

Miele E, Simeone D, Marino A, et al. Functional gastrointestinal disorders in children: an itali...

almeno 10 pazienti e con follow up di almeno un mese. La valutazione dei lavori e l'estrazione dei dati sono state realizzate da due valutatori indipendenti. Sono stati inclusi complessivamente 2606 lavori, di cui 102 potenzialmente importanti. Solo 5 lavori hanno soddisfatto i criteri per essere inclusi nella revisione: 1 piccolo RCT e 4 studi di coorte, per un totale di 4271 contatti familiari. È interessante notare come nessuno di questi studi si sia svolto in comunità (scuole, asili) ma tutti si riferissero a familiari del caso indice. La revisione, con 4 studi (uno è stato escluso perché non presentava eventi) ha mostrato una riduzione del rischio dei contatti trattati dell'89% (risk ratio=0,11, IC 95% 0,02-0,58). Gli autori concludono che, essendo questi studi di buona qualità metodologica, i risultati sono suggestivi e supportano l'idea di profilassi nel prevenire ulteriori casi di infezione da meningococco tra i contatti familiari. Si soffermano su un altro aspetto, e cioè se sia necessario realizzare la profilassi del caso indice (il paziente affetto). 4 studi dimostrano infatti la persistenza del meningococco nella rinofaringe degli ammalati, per cui un 3% dei pazienti diventerebbero portatori se non ricevessero una profilassi adeguata (rifampicina, ceftriaxone o ciprofloxacina). Va però sottolineato che i dati di pazienti in cui la meningite è stata trattata con penicilline e/o cloramfenicolo suggeriscono che questi farmaci non rappresentano la scelta per la terapia della meningite da meningococco e che ci sono esserci rischi.

#### Referenze

Purcell B, Samuelsson S, Hahné SJM, et al. Effectiveness of antibiotics in preventing meningitis in household contacts: a case: systematic review. *BMJ* 2004;328:1339.

---

## In breve

- Il *BMJ* ha iniziato la pubblicazione di un sussidio didattico sulla gestione dei bambini con ustioni (burns). Si tratta di una serie di 12 articoli presenti su diversi numeri della rivista (dal 12 giugno 2004 (vedi testo completo). Di particolare interesse l'articolo del 19 giugno 2004 (sulle ustioni minori); gli altri sono pubblicati in data 12 giugno, 26 giugno, 10 luglio e 24 luglio e 31 luglio.
- Su *JAMA* di giugno viene presentata una revisione sistematica su precisione di segni, sintomi e test di laboratorio per valutare la disidratazione nei bambini. [2004;291:2746-2754](#).
- Il *BMJ* pubblica una revisione su 4 comuni infezioni cutanee del bambino (molluscum contagiosum, verruche, impetigine e tinea capitis) che affronta aspetti di epidemiologia, clinica e prevenzione, focalizzandosi per quest'ultimo sulle migliori evidenze disponibili. È a [Sladden J. BMJ 2004; 329:95-99](#).
- *Lancet*, nell'ultimo numero di luglio, pubblica una rassegna sull'abuso sessuale nei bambini. [Johnson CF. Lancet 2004;364:462-70](#).
- *ADC* di luglio presenta una rassegna sulla steatosi nel bambino. [Marion AV](#)

- Le ragazzine minorenni sembrano esposte in modo importante e sempre pubblicità di bevande alcoliche sulle riviste rispetto alle persone di età maggiore. Dal 2001 al 2002 la pressione pubblicitaria sulle ragazzine per quanto riguarda il contenuto alcolico è aumentata del 216% contro il 46% nei maschi di pari età. Il fallimento dell'autoregolamentazione da parte delle industrie e la necessità di nuove azioni. [Jernigan DH. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158:629-634.](#)
- Un breve intervento realizzato in ambulatorio non è risultato efficace per le convinzioni sugli alcolici e il loro uso negli adolescenti. [Boekeloo BO. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158:635-642.](#)
- Un lavoro pubblicato su ADC descrive quadri di discinesia e di patologie psichiatriche ad infezione streptococcica. Si veda anche la sezione "In breve" del numero di maggio (PANDAS). [Dales RC. Arch Dis Child 2004;89:604-610.](#)
- Un RCT in doppio cieco con piccoli numeri conferma quanto riportato nel precedente newsletter rispetto alle apnee ostruttive durante il sonno (OSA) e polisonnografia non riesce ad identificare tutti i bambini con disturbi del sonno. Tutti i bambini hanno comunque problemi e migliorano dopo l'intervento di adenotomomia. Secondo gli autori la decisione se operare o meno dovrebbe essere legata non solo ai risultati della polisonnografia ma anche alla valutazione clinica. Nel lavoro vengono valutati i punteggi clinici (score) in base ai quali poter classificare i bambini con OSAS e di conseguenza se intervenire. [Nira A. Pediatrics 2004; 114: 33-43.](#)
- La Federal Drug Administration (USA) ha messo in guardia le donne che allattano rispetto all'utilizzo del domperidone come farmaco galattagogo. Tale farmaco può aumentare la secrezione di prolattina e di conseguenza la produzione di latte. Non è approvato per questo uso. Diversi rapporti e case studies hanno collegato la somministrazione endovenosa di domperidone con aritmie cardiache, arresto cardiaco, morte improvvisa. Non si sa nulla dei possibili effetti avversi sul neonato del farmaco che peraltro viene somministrato al seno materno. [JAMA 2004;292\(3\):322.](#)
- Il numero di giugno di Pediatrics contiene un supplemento interamente dedicato alle cure sanitarie rivolte ai bambini piccoli negli Stati Uniti. Si tratta di un rapporto di sorveglianza nazionale 2000 sulla salute del bambino nella prima infanzia. [Pediatrics 2004;113:1894-1990.](#)

### **Hanno collaborato a questo numero**

**Tea Burmaz, Anna Macaluso, Paola Materassi, Luca Ronfani**  
Pediatri, Centro per la Salute del Bambino, Trieste

**Piero Iaschi, Maria Lorenzon, Maria Grazia Pizzul, Raffaella Servello, Maria**  
Pediatri di famiglia, Trieste

# Cochrane Database of Systematic Review (CDSR). Il 3° aggiornamento

Il CDSR è il database della Cochrane Library che contiene le revisioni sistematiche (RS) originate dalla Cochrane Collaboration. L'accesso a questa banca dati è a pagamento per il full text, gratuito per gli abstract (<http://www.update-software.com/cochrane/abstract.htm>, 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 RS e delle quelle aggiornate è disponibile su internet (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/newrev>).

L'ultimo aggiornamento del CDSR disponibile è il 3° del 2004, contenente 78 RS nuove (15 di area pediatrica di interesse generale) e 54 aggiornate (9 di area pediatrica, di cui 8 di interesse generale). Di seguito sono elencate le revisioni di area pediatrica. La selezione è stata realizzata dalla redazione del CSB. Cliccando con il mouse (CTRL+click se Windows XP) dopo essersi collegati ad Internet si può visualizzare l'abstract.

## 1. Nuove revisioni sistematiche di area pediatrica

### • Di interesse generale

- Air versus oxygen for resuscitation of infants at birth
- Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children
- Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children
- Interventions for primary vesicoureteric reflux
- Intramuscular penicillin for the prevention of early onset group B streptococcal infection in infants
- Non-surgical interventions for eosinophilic oesophagitis
- Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children
- Soy formula for prevention of allergy and food intolerance in infants

### • Di interesse specialistico

- Albumin infusion for low serum albumin in preterm newborn infants
- Antibiotic prophylaxis in clean and clean-contaminated ear surgery
- Botulinum toxin A as an adjunct to treatment in the management of the upper limb in children with cerebral palsy
- Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate and cleft palate
- Nasal versus oral route for placing feeding tubes in preterm or low birth weight infants
- Prophylactic antibiotics to reduce morbidity and mortality in neonates with umbilical infection
- Vaginal chlorhexidine during labour to prevent early-onset neonatal group B streptococcal infection

## 2. Revisioni sistematiche di area pediatrica aggiornate

### • Di interesse generale

- Anti-IgE for chronic asthma in adults and children
- Decongestants and antihistamines for acute otitis media in children
- Dietary salt reduction or exclusion for allergic asthma
- Inhaled insulin in diabetes mellitus
- Nasal decongestants for the common cold
- Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures