

Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (luglio – agosto 2015)

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 (con motore di ricerca).

L'elenco completo delle nuove RS e di quelle aggiornate è disponibile su internet. Di seguito è riportato l'elenco delle nuove revisioni e delle revisioni aggiornate di area pediatrica da luglio ad agosto 2015. La selezione è stata realizzata dalla redazione della newsletter pediatrica. Cliccando sul titolo si viene indirizzati all'abstract completo disponibile in MEDLINE, la banca dati governativa americana, o presso la Cochrane Library. Di alcune revisioni vi offriamo la traduzione italiana delle conclusioni degli autori.

Nuove revisioni sistematiche di area pediatrica Luglio-Agosto 2015 (Issue 7,8 2015)

1. Antibiotics for preventing recurrent sore throat
2. Intermittent inhaled corticosteroid therapy versus placebo for persistent asthma in children and adults
3. Interventions for bronchiectasis: an overview of Cochrane systematic reviews
4. Interventions for preventing the progression of autosomal dominant polycystic kidney disease
5. Maternal prenatal and/or postnatal n-3 long chain polyunsaturated fatty acids (LCPUFA) supplementation for preventing allergies in early childhood
6. Oral zinc for the prevention of hyperbilirubinaemia in neonates
7. Sustained versus standard inflations during neonatal resuscitation to prevent mortality and improve respiratory outcomes
8. Topical tacrolimus for atopic dermatitis
9. Binocular versus standard occlusion or blurring treatment for unilateral amblyopia in children aged three to eight years
10. Effects of total fat intake on body weight
11. Sublingual immunotherapy for asthma
12. The use of propofol for procedural sedation in emergency departments

Revisioni sistematiche di area pediatrica aggiornate Luglio – Agosto 2015 (Issue 7, 8 2015)

1. Continuous distending pressure for respiratory distress in preterm infants
2. Deworming drugs for soil-transmitted intestinal worms in children: effects on nutritional indicators, haemoglobin, and school performance
3. Early discharge with home support of gavage feeding for stable preterm infants who have not established full oral feeds
4. Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children
5. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for improving neonatal health outcomes
6. Supplementation with long chain polyunsaturated fatty acids (LCPUFA) to breastfeeding mothers for improving child growth and development
7. Vaccines for women for preventing neonatal tetanus
8. Hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis suppression after treatment with glucocorticoid therapy for childhood acute lymphoblastic leukaemia
9. Immunosuppressive agents for treating IgA nephropathy
10. Interventions for preventing and treating kidney disease in Henoch-Schönlein Purpura (HSP)
11. Intravenous in-line filters for preventing morbidity and mortality in neonates
12. Nutritional support in children and young people with cancer undergoing chemotherapy
13. Prolonged antibiotics for non-cystic fibrosis bronchiectasis in children and adults
14. Surfactant therapy for bronchiolitis in critically ill infants
15. Vaccines for preventing infection with *Pseudomonas aeruginosa* in cystic fibrosis

Antibiotici per prevenire il mal di gola ricorrente

Antibiotics for preventing recurrent sore throat

Ng GJ

Antibiotics for preventing recurrent sore throat.

Cochrane Database Syst Rev. 2015

L'utilizzo degli antibiotici riduce la ricorrenza del mal di gola?

Non esistono RCT che confrontano negli adulti e nei bambini con mal di gola ricorrente (più di 3 episodi in un anno) l'efficacia dell'antibiotico nel ridurre gli episodi nei dodici mesi successivi. Per contro sono ben noti gli effetti avversi e i costi della terapia antibiotica. E' necessario un RCT di alta qualità che valuti l'effetto dell'antibiotico vs placebo nel mal di gola ricorrente secondo i seguenti outcomes: incidenza di mal di gola ricorrente, giorni di lavoro/scuola persi, incidenza di complicanze.

Terapia intermittente con cortisonici inalatori verso placebo nell'asma persistente in bambini e adulti

Intermittent inhaled corticosteroid therapy versus placebo for persistent asthma in children and adults

Chong J

Intermittent inhaled corticosteroid therapy versus placebo for persistent asthma in children and adults

Cochrane Database Syst Rev. 2015

Nell'asma persistente sia nei bambini che negli adulti le linee guida internazionali indicano di utilizzare giornalmente i cortisonici inalatori (ICS). Tuttavia, nella realtà, spesso queste medicine sono usate a intervalli irregolari dai pazienti. Evidenze recenti suggeriscono che l'uso intermittente dei ICS, iniziando il trattamento precocemente alla comparsa dei sintomi, può dare beneficio nel ridurre la severità della riacutizzazione d'asma. Obiettivo di questa revisione è stato quello di confrontare l'efficacia e la sicurezza dell'uso intermittente degli ICS verso placebo in bambini ed adulti con sintomi di asma persistente, valutando RCT in cui non si utilizzavano altri farmaci se non corticosteroidi orali durante le riacutizzazioni. Sono stati individuati 6 RCT (490 bambini in età prescolare - 145 bambini in età scolare - 240 adulti con asma lieve persistente) con trattamento di durata da 12 a 52 settimane. Nei bambini in età prescolare l'utilizzo degli ICS all'inizio dei sintomi riduce della metà il rischio di riacutizzazione che richiede cortisone per os (490 bambini OR: 0.48; 95% IC 0.31-0.73, con evidenza di qualità moderata e minima eterogeneità) e migliora i sintomi notturni e diurni senza associarsi a un maggior rischio di eventi avversi gravi (439 bambini OR 0.42; 95% IC 0.17-1.02, evidenza di bassa qualità), a una differenza nelle ospedalizzazioni o nella qualità di vita percepita dai genitori. Anche nei bambini in età scolare e negli adulti i dati provenienti da un solo studio evidenziano che il rischio del ricorso al cortisone per os è ridotto ma in minor misura e con evidenza di bassa qualità (145 bambini in età scolare OR 0.57; IC 95% 0.29 - 1.12; 240 adulti, OR 0.10; 95% IC 0.01-1.95). L'uso degli ICS non era, in questi gruppi, associato ad alcuna riduzione del tasso di ospedalizzazione, a un miglioramento dei sintomi diurni e notturni di asma o a una riduzione degli eventi avversi. Non c'è stata soppressione della crescita sia nei bambini in età scolare che in età prescolare. Gli autori concludono che nonostante i risultati favorevoli all'uso intermittente degli ICS, le evidenze sono ancora troppo deboli per consigliare l'uso intermittente degli ICS nell'asma persistente. Occorrono studi più ampi per confermare questi risultati.

La supplementazione materna in gravidanza e/o allattamento con n-3-LCPUFA per prevenire il rischio di allergie nei primi anni di vita

Maternal prenatal and/or postnatal n-3 long chain polyunsaturated fatty acids (LCPUFA) supplementation for preventing allergies in early childhood

Gunaratne AW

Maternal prenatal and/or postnatal n-3 long chain polyunsaturated fatty acids (LCPUFA) supplementation for preventing allergies in early childhood

Cochrane Database Syst Rev. 2015

La supplementazione durante la gravidanza e/o l'allattamento con gli omega-3 (acidi grassi a lunga catena polinsaturi numero 3 n-3 LCPUFA), per la loro azione anti-infiammatoria, riduce il rischio nei figli di sviluppare allergia (alimentare, eczema, rinite allergica, broncospasmo/asma)? Sono stati selezionati 8 RCT per un totale di 3366 donne e 3175 bambini, la supplementazione era avvenuta in gravidanza (5 RCT), in allattamento (2 RCT) o in entrambi i periodi (1 RCT).

Il rischio di bias era variabile e soltanto due studi presentavano un rischio basso. La supplementazione con n-3 LCPUFA evidenzia una chiara riduzione del rischio complessivo di sviluppare allergia (diagnosticata clinicamente e IGE mediata) nei bambini tra 12 e 36 mesi (RR) 0.66, 95% CI da 0.44 a 0.98; 2 RCTs; 823 bambini), ma non oltre i 36 mesi (RR 0.86, 95% CI da 0.61 a 1.20; 1 RCT, 706 bambini). Nell'analisi specifica: per le reazioni alimentari riduzione del rischio nei primi 12 mesi ma in età più avanzate i risultati non sono chiari; per l'eczema riduzione del rischio tra 12 e 36 mesi; non chiare differenze nel rischio tra supplementati e non per la rinite allergica e il broncospasmo/asma. La sensibilizzazione all'uovo e ad altri tipi di allergene è significativamente minore tra 12 e 36 mesi. Infine la supplementazione con n-3 LCPUFA non aumenta il rischio di emorragia nel postpartum e di infezioni precoci nel bambino. Gli autori concludono che c'è un'evidenza limitata in supporto della supplementazione con n-3 LCPUFA in gravidanza e/o allattamento nel ridurre il rischio di malattia allergica nei bambini.

La supplementazione per via orale dello zinco nel neonato previene l'iperbilirubinemia?

Oral zinc for the prevention of hyperbilirubinaemia in neonates

Mishra S

Oral zinc for the prevention of hyperbilirubinaemia in neonates.

Cochrane Database Syst Rev.

Dal 6 al 10% dei neonati sviluppa iperbilirubinemia che richiede trattamento e la fototerapia ne è la colonna portante. E' stato riportato che la supplementazione orale di zinco, verosimilmente riducendo la circolazione enteroepatica, riduce la bilirubina totale circolante. Solo uno studio (bambini) rispondeva ai criteri di selezione: neonati a termine e pretermine sottoposti a supplementazione orale di zinco da 10 a 20 mg/giorno, iniziata nelle prime 96 ore di vita, di qualsiasi durata confrontata verso placebo. In questo studio la bilirubina totale era simile nei due gruppi tuttavia la durata della fototerapia è risultata significativamente minore nel gruppo supplementato con lo zinco. Gli effetti avversi come vomito, diarrea, e rash cutaneo è risultata simile nei due gruppi. Gli autori di questa revisione concludono che nella prima settimana di vita la supplementazione orale di zinco non riduce l'iperbilirubinemia o il ricorso alla fototerapia.

Uso del tacrolimus topico nella dermatite atopica

Topical tacrolimus for atopic dermatitis

Cury Martins J

Topical tacrolimus for atopic dermatitis.

Cochrane Database Syst Rev. 2015

In questa revisione è stato valutato se il tacrolimus topico nelle forme di dermatite atopica moderata-severa è più efficace di altri trattamenti ed è sicuro, sia negli adulti che nei bambini. Sono stati inclusi 20 studi per un totale di 5885 pazienti. La variabilità dei farmaci utilizzati ha reso impossibile effettuare una metanalisi. Gli autori concludono che il

tacrolimus 0.1% è più efficace dei corticosteroidi a bassa potenza, del pimecrolimus 1% e del tacrolimus 0.03%. Questa evidenza è meno forte se il confronto viene fatto con corticosteroidi di moderata potenza. Il Tacrolimus 0.03% è superiore del pimecrolimus 1% e dei corticosteroidi di lieve potenza. Entrambe le formulazioni appaiono sicure e non è emerso un maggior rischio di sviluppo di tumori o atrofia della cute. Tuttavia i dati attuali sono pochi per cui i risultati di questa revisione hanno un'evidenza attualmente limitata, inoltre non sono stati valutati i costi.

Trattamento binoculare per l'ambliopia verso i trattamenti tradizionali (l'occlusione o l'offuscamento farmacologico) in bambini dai 3 agli 8 anni

Binocular versus standard occlusion or blurring treatment for unilateral amblyopia in children aged three to eight years

Taylor V

Binocular versus standard occlusion or blurring treatment for unilateral amblyopia in children aged three to eight years

Cochrane Database Syst Rev. 2015

I trattamenti attuali per l'ambliopia nei bambini, l'occlusione o l'offuscamento farmacologico con gocce di atropina dell'occhio sano, hanno avuto un successo limitato. La compliance da parte dei bambini e delle famiglie a questi tipi di trattamento è bassa tant'è che meno di 2/3 dei bambini sviluppa una visione normale nell'occhio pigro e la visione tridimensionale spesso non migliora. Un nuovo approccio basato sulla presentazione attraverso film o giochi al computer, di immagini separate per ciascun occhio, in cui all'occhio sano vengono fornite immagini simili a quelle viste dall'occhio pigro sembra portare a migliori risultati, cercando di bilanciare l'input visivo che ciascun occhio invia all'encefalo. Questo tipo di trattamento sembra inoltre aumentare la compliance dei bambini alla terapia. Sono stati definiti dei criteri di selezione molto precisi: RCT coinvolgenti bambini dai 3 agli 8 anni con ambliopia unilaterale definita come miglior acuità visiva (con la correzione migliore possibile) peggiore di 0.200 logMAR nell'occhio ambliopico e uguale o migliore di 0.200 logMAR nell'occhio sano; in presenza di un fattore di rischio ambliogenico come anisometropia, strabismo o entrambi. Prima dell'arruolamento i pazienti dovevano essere stati sottoposti a ciclopegia e a una valutazione oftalmologica completa comprendente anche la valutazione del fondo dell'occhio, in più i partecipanti dovevano aver completato un periodo di trattamento ottico se indicato e la miglior acuità visiva corretta nell'occhio ambliopico doveva essere rimasta invariata per due controlli consecutivi nonostante una buona compliance nel portare gli occhiali. I partecipanti non dovevano aver ricevuto nessun altro tipo di trattamento oltre quello ottico prima dell'arruolamento. Il trattamento binoculare poteva essere di qualsiasi tipo e poteva essere somministrato con differenti strumenti: computer con monitor osservati tramite occhiali con otturatore LCD o schermi portatili tra cui schermi dei cellulari con sovrapposizione di prismi lenticolari.

Il gruppo di controllo doveva aver ricevuto il trattamento standard per la ambliopia (occlusione o offuscamento farmacologico dell'occhio migliore) sia a tempo pieno (in tutte le ore di veglia) che parziale (da 1 a 12 ore al giorno). L'outcome primario su cui effettuare la metanalisi era la distanza media tra l'acuità visiva meglio corretta nell'occhio ambliopico a 12 mesi dopo la cessazione del trattamento. Non è stato trovato alcun studio, quindi attualmente non sono disponibili studi clinici che offrono un'evidenza standardizzata della sicurezza ed efficacia dei trattamenti binoculari, ma i risultati di studi di coorte non controllati sono incoraggianti. Ricerche future dovrebbero essere effettuate sotto forma di RCT, usando metodi accreditati di valutazione dell'acuità visiva e della stereovisione di riconosciuta riproducibilità. Altri importanti outcome da misurare sono la compliance al trattamento e la ricorrenza di ambliopia dopo la cessazione del trattamento.

Effetto dell'assunzione orale di grassi sul peso corporeo

Effects of total fat intake on body weight

Hooper L

Effects of total fat intake on body weight

Cochrane Database Syst Rev. 2015

Con lo scopo di prevenire il sovrappeso e l'obesità nella popolazione generale è necessario capire la relazione tra la proporzione di energia derivante dai grassi e il risultante peso e massa grassa nella popolazione generale. Sono stati cercati studi di coorte e RCT includenti bambini di età > 2 anni, giovani adulti o adulti, randomizzati a ridurre la assunzione di grassi rispetto alla dieta usuale o moderatamente grassa senza l'intenzione di ridurre il peso, senza multifattorialità, con misura del peso o della massa grassa dopo almeno 6 mesi. Sono stati anche inclusi studi di coorte in bambini, giovani o adulti che valutavano la proporzione di energia derivante dai grassi al tempo zero e la correlavano con il peso corporeo o di massa grassa dopo almeno un anno. Sono stati inclusi 32 RCT (circa 54.000 partecipanti) e 30 gruppi di analisi di 25 coorti. In questi studi in cui, senza lo scopo di perdere peso, i partecipanti sono randomizzati a ridurre l'apporto di grassi nella dieta rispetto alla loro solita assunzione, si evidenzia negli adulti una riduzione piccola ma significativa di massa grassa stabile nel tempo, con lieve riduzione di peso, del BMI e della circonferenza vita rispetto ai controlli. Una maggior riduzione nell'assunzione di grassi e una loro minore assunzione al tempo zero sono entrambi associati a una maggior riduzione di peso. Tuttavia l'effetto di riduzione del grasso totale non è riflessa in modo consistente dagli studi di coorte che valutano su bambini, giovani e adulti, la relazione tra assunzione di grassi totali e le misure successive di grasso corporeo o il cambiamento di grasso corporeo. Nelle coorti di bambini un minor apporto di grassi nella dieta è associato a un piccolo aumento di peso nella età medio adulta ma non nella vecchiaia, e in modificazioni del BMI.

Vaccino sublinguale per l'asma

Sublingual immunotherapy for asthma

Normansell R

Sublingual immunotherapy for asthma.

Cochrane Database Syst Rev. 2015

Obiettivo di questa revisione è quello di confrontare verso il placebo o le cure tradizionali l'efficacia e la sicurezza dell'immunoterapia sublinguale (SLIT) nell'asma allergica sia nei bambini che negli adulti. Due revisori indipendenti hanno selezionato RCT indipendentemente dalla cecità o dalla durata, coinvolgenti sia adulti che bambini con asma di qualsiasi tipo di severità e con qualsiasi tipo di sensibilizzazione allergica. Sono stati inclusi RCT in cui i pazienti aveva asma o rinite allergica o entrambi e almeno l'80% dei partecipanti aveva avuto diagnosi di asma. Per ogni outcome è stato usato il sistema GRADE. Risultati: sono stati selezionati 52 studi (5077 partecipanti), la maggior parte degli studi era in doppio-cieco e il confronto era fatto con il placebo ma la durata era variabile da un giorno a 3 anni. La maggior parte dei partecipanti aveva asma lieve o intermittente spesso in comorbidità con rinite allergica. Diciotto studi reclutavano solo adulti, 25 solo bambini, in 9 non era specificato, i rimanenti reclutavano tutte le età. Con l'eccezione degli eventi avversi, la mancanza di dati per outcome d'interesse, come le riacutizzazioni d'asma e la qualità della vita e l'uso di differenti e non validati punteggi per i sintomi e per i farmaci, ha impedito di arrivare a conclusioni utili nella clinica. Ulteriori ricerche utilizzando scale validate e outcome significativi sono necessarie per capire se la SLIT è adatta al trattamento dell'asma. La SLIT risulta associata a un maggior rischio di eventi avversi che sono per lo più di lieve entità ma la maggior parte degli studi ha incluso pazienti con asma intermittente o lieve così che non è possibile giudicare la sicurezza della SLIT nelle forme di asma moderata o severa.

Interventi per prevenire e trattare la malattia renale nel-

la porpora di Schnlein-Henoch

Interventions for preventing and treating kidney disease in Henoch-Schönlein Purpura (HSP)

Hahn D. et al.

Interventions for preventing and treating kidney disease in Henoch-Schönlein Purpura (HSP)

Cochrane Database Syst Rev. 2015

Non ci sono sostanziali cambiamenti rispetto alla revisione del 2009. Tramite una selezione di 13 RCT sono stati valutati i benefici di diversi farmaci da soli o in combinazione confrontati con placebo o nessun trattamento o un altro farmaco per:

1. prevenire il coinvolgimento renale severo in pazienti con HSP senza coinvolgimento renale all'esordio;
 2. prevenire il coinvolgimento renale severo in pazienti con HSP con coinvolgimento renale modesto (ematuria microscopica, lieve proteinuria) all'esordio;
 3. trattare il coinvolgimento renale severo (macroematuria, proteinuria, sindrome nefritica, sindrome nefrosica) all'esordio;
 4. prevenire gli episodi di HSP ricorrente associata a malattia renale.
- Molti degli studi erano affetti da bias di diverso tipo con evidenze generalmente di bassa qualità. Non emergono particolari benefici del prednisone (per 14 o 28 giorni all'esordio della HSP) o della terapia antiaggregante nel prevenire la malattia renale persistente. Anche se l'eparina è risultata efficace, questa terapia è potenzialmente pericolosa per cui non appare giustificata considerando che meno del 2% dei bambini con HSP sviluppa malattia renale severa. Anche la ciclofosfamide non è efficace né negli adulti né nei bambini con HSP e danno renale severo. A causa del piccolo numero di pazienti rimane non chiaro il ruolo della ciclosporina e del micofenolato mofetile nel trattamento dei bambini con HSP e danno renale severo.

Terapia antibiotica prolungata per bronchiectasie non da fibrosi cistica in bambini e adulti

Prolonged antibiotics for non-cystic fibrosis bronchiectasis in children and adults

Hnin K

Prolonged antibiotics for non-cystic fibrosis bronchiectasis in children and adults

Cochrane Database Syst Rev. 2015

Nelle bronchiectasie si ipotizza che si possa instaurare un circolo vizioso nel quale la colonizzazione batterica del tratto respiratorio perpetua le modificazioni infiammatorie. Questo a sua volta danneggia il sistema mucociliare, riducendo la clearance batterica e promuovendo la persistenza di mediatori infiammatori. Si ritiene che i trattamenti convenzionali con fisioterapia e antibiotici a intermittenza migliorino le condizioni degli affetti da bronchiectasie ma non ci sono dati conclusivi che questi interventi modifichino la storia naturale della malattia. Numerose strategie sono state tentate per interrompere questo circolo vizioso di infezione e infiammazione, incluso il trattamento antibiotico prolungato. Questo tipo di terapia è l'oggetto di questa revisione che è un aggiornamento di quella effettuata nel 2007. Le evidenze attualmente disponibili mostrano beneficio del trattamento antibiotico prolungato (per 4 o più settimane) per i pazienti affetti da bronchiectasie con un dimezzamento del numero delle riacutizzazioni (275 riacutizzazioni in meno ogni 1000 persone) e le ospedalizzazioni (50 ospedalizzazioni in meno ogni 1000 trattati). Tuttavia il rischio che compaia resistenza antimicrobica è aumentato di più di 3 volte. La diarrea è l'effetto collaterale più comune in particolare se la terapia antibiotica era somministrata per bocca. Questa revisione è limitata dalla diversità degli studi e da una evidenza da moderata a bassa. Sono necessari altri RCT con adeguato potere e obiettivi standardizzati.

Surfactante per i bambini affetti da bronchiolite in condizioni critiche

Surfactant therapy for bronchiolitis in critically ill infants

Jat KR

Surfactant therapy for bronchiolitis in critically ill infants

Cochrane Database Syst Rev. 2015

Per le bronchioliti, anche nelle forme gravi con insufficienza respiratoria che richiedono terapia intensiva e ventilazione meccanica, non ci sono evidenze per trattamenti efficaci oltre la terapia di supporto. Nei casi severi di bronchiolite si è osservata anomalità nella quantità o qualità del surfactante. La somministrazione di surfactante sembra favorevole nel modificare l'emodinamica dei polmoni e potrebbe essere potenzialmente una terapia di scelta nei casi gravi di bronchiolite. Questa revisione è un aggiornamento della revisione Cochrane del 2012. Sono stati identificati 3 piccoli RCT (79 pazienti) di cui uno solo verso placebo che hanno evidenziato che l'uso del surfactante ha un effetto favorevole sulla durata della ventilazione meccanica, della terapia intensiva, sui parametri di ossigenazione e di anidride carbonica. Non è stato possibile valutare la mortalità in quanto riportata solo da uno studio. Non sono stati osservati effetti avversi o complicazioni dopo l'uso di surfactante in nessuno degli studi inclusi. La qualità dell'evidenza è di grado moderato. Poiché gli studi sono pochi e piccoli sono per ora insufficienti a rendere la somministrazione del surfactante una terapia di routine. Sono necessari studi ampi e di potere adeguato che valutino anche il rapporto costi/efficacia di questa terapia.