

Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (novembre – dicembre 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 novembre a dicembre 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 Novembre-Dicembre (Issue 11,12 2015)

1. Adjuvant corticosteroids for reducing death in neonatal bacterial meningitis
2. Anti-TNF agents for paediatric psoriasis
3. Antihistamines for the common cold
4. Chest shielding for prevention of a haemodynamically significant patent ductus arteriosus in preterm infants receiving phototherapy
5. Ethanol for preventing preterm birth in threatened preterm labor
6. First trimester serum tests for Down's syndrome screening
7. Heparin versus 0.9% sodium chloride intermittent flushing for the prevention of occlusion in long term central venous catheters in infants and children
8. Interleukin-2 as maintenance therapy for children and adults with acute myeloid leukaemia in first complete remission
9. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care
10. Intrathecal baclofen for treating spasticity in children with cerebral palsy
11. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
12. Micro-invasive interventions for managing proximal dental decay in primary and permanent teeth
13. Non-surgical adjunctive interventions for accelerating tooth movement in patients undergoing fixed orthodontic treatment
14. Planned early delivery versus expectant management of the term suspected compromised baby for improving outcomes
15. Prenatal interventions for congenital diaphragmatic hernia for improving outcomes
16. Sleep positioning systems for children with cerebral palsy
17. Alternative lipid emulsions versus pure soy oil based lipid emulsions for parenterally fed preterm infants
18. Antifibrinolytic therapy for preventing oral bleeding in patients with haemophilia or VonWillebrand disease undergoing minor oral surgery or dental extractions
19. Comparison of animal-derived surfactants for the prevention and treatment of respiratory distress syndrome in preterm infants
20. Etrolizumab for induction of remission in ulcerative colitis
21. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes
22. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes
23. Interventions for self-harm in children and adolescents
24. Non-pharmacological interventions for depression in adults and children with traumatic brain injury
25. Parent-only interventions for childhood overweight or obesity in

children aged 5 to 11 years

26. Probiotics for preventing urinary tract infections in adults and children
27. Urine tests for Down's syndrome screening

Revisioni sistematiche di area pediatrica aggiornate Novembre – Dicembre 2015 (Issue 11,12 2015)

1. Addition of long-acting beta2-agonists to inhaled corticosteroids for chronic asthma in children
2. Diuretics for transient tachypnoea of the newborn
3. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants
4. Interventions for metabolic bone disease in children with chronic kidney disease
5. Nutritional advice for improving outcomes in multiple pregnancies
6. Specialised antenatal clinics for women with a multiple pregnancy for improving maternal and infant outcomes
7. Steroids for symptom control in infectious mononucleosis
8. Addition of long-acting beta2-agonists to inhaled corticosteroids for chronic asthma in children
9. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse
10. Care delivery and self management strategies for children with epilepsy
11. Chest physiotherapy compared to no chest physiotherapy for cystic fibrosis
12. Corticosteroids for treating sepsis
13. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants
14. EEG for children with complex febrile seizures
15. Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects
16. Extracorporeal photopheresis versus alternative treatment for chronic graft-versus-host disease after haematopoietic stem cell transplantation in paediatric patients
17. Extracorporeal photopheresis versus standard treatment for acute graft-versus-host disease after haematopoietic stem cell transplantation in paediatric patients
18. Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour
19. Home versus hospital intravenous antibiotic therapy for cystic fibrosis
20. Interventions for treating traumatised ankylosed permanent front teeth
21. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain
22. Oral steroids for long-term use in cystic fibrosis
23. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy
24. Preformed crowns for decayed primary molar teeth
25. Primary prevention of suicide and suicidal behaviour for adolescents in school settings
26. Prophylactic oral betamimetics for reducing preterm birth in women with a twin pregnancy
27. Social norms information for alcohol misuse in university and college students

Interventi sui genitori per trattare bambini sovrappeso o obesi tra i 5 e gli 11 anni

E. Loveman et al.

Parent-only interventions for childhood overweight or obesity in children aged 5 to 11 years

The Cochrane Library, 2015

Quanto sono efficaci gli interventi sui soli genitori per modificare dieta, attività fisica e comportamento nel ridurre il peso dei bambini sovrappeso e obesi? In questa revisione sono stati selezionati 20 RCT per un totale di 3057 bambini tra 5 e 11 anni seguiti per 6-24 mesi. Gli studi sono stati raggruppati in 3 gruppi di intervento rispetto al gruppo di controllo: 1. interventi solo sui genitori verso interventi su genitori e bambini, 2. interventi solo sui genitori verso osservazione dell'andamento del peso senza intervento, 3. diversi tipi di interventi solo sui genitori oppure interventi solo sui genitori verso minime informazioni solo per i genitori. Gli studi presentano un'elevata eterogeneità per durata, tipo di intervento, tipo di follow-up e sono per lo più trials di bassa qualità (valutati con il sistema GRADE) e ad alto rischio di bias. Gli studi del primo gruppo (3 RCT, n=267) riportano una riduzione del BMI z-score (espresso come differenza media DM) alla fine del follow-up (10-24 mesi) di -0.04 (95% IC -0.15 0.08); P=0.56 (bassa qualità di evidenza). Nel secondo gruppo (1 RCT n=165) la DM del BMI z-score alla fine del follow-up (9-12 mesi) era di 0.01 (95% CI -0.07 0.09); P=0.81. Gli studi del terzo gruppo erano troppo differenti per poter essere confrontati. Gli autori concludono che interventi esclusivamente sui genitori sono un'opzione efficace nel trattamento dei bambini in sovrappeso o obesi rispetto al non intervento e sembrano avere effetti simili agli interventi combinati su bambini e genitori. Attualmente però la qualità dell'evidenza è limitata perché i trials analizzati sono ad alto rischio di bias e hanno un'elevata perdita al follow-up. Sono in corso altri 10 RCT con un gruppo di intervento su soli genitori che permetteranno di ottenere informazioni più chiare. Sarà inoltre necessario che in futuro venga effettuata un'analisi di costi/efficacia per stabilire se gli interventi sui soli genitori sono migliori rispetto a quelli per genitori/bambini.

Biomarkers sierici nel primo trimestre per lo screening della S. di Down

SK Alldred et al.

First trimester serum tests for Down's syndrome screening

The Cochrane Library, 2015

Lo scopo di questa revisione è quello di stimare l'accuratezza di marker sierici da soli o in combinazione nell'individuare feti affetti da S. di Down. Sono stati valutati 18 differenti marker sierici da soli o in combinazione, prima delle 14 settimane di gestazione, per un totale di 78 test di screening. Sono stati selezionati 56 studi con 204.759 gravidanze di cui 2113 con feti affetti da S. di Down. Gli studi erano generalmente di buona qualità anche se la verifica con test invasivi era limitata alle gravidanze ad alto rischio. La metanalisi dei 9 test migliori o più frequentemente utilizzati ha evidenza che valutando l'età materna e la combinazione del dosaggio di beta-gonodotropina corionica umana libera (free β -hCG) e la proteina plasmatica A associata alla gravidanza (PAPP-A) [il cosiddetto bitest] permette di individuare 7/10 gravidanze di feti affetti da S. di Down con un tasso di falsi positivi del 5%. Evidenze limitate suggeriscono anche che le combinazioni di markers che includono la PAPP-A sono più sensibili di quelle in cui non c'è. L'associazione di altri marker (tri test) non risulta statisticamente superiore, tuttavia gli studi valutati sono piccoli e con un potere limitato nel valutare la differenza. Questo tipo di test non espone la donna e il feto ad alcun rischio, tuttavia

le donne che risultano ad alto rischio allo screening, se decidono di sottoporsi ad esami più invasivi (villo- o amniocentesi), hanno un rischio maggiore di abortire anche feti non affetti. Questo va quindi sempre discusso con i genitori se la gravidanza ai test di screening risulta ad alto rischio.

Test sulle urine per lo screening della S. di Down

SK Alldred et al.

Urine tests for Down's syndrome screening

The Cochrane Library, 2015

In questa revisione è stata valutata l'efficacia dei test urinari di screening per la S. di Down che si possono eseguire nelle prime 24 settimane di gestazione. Sono stati valutati 19 studi (18,013 gravidanze tra cui 527 con la S. di Down). Gli studi erano generalmente di alta qualità, anche se la verifica con test invasivi veniva effettuata solo per le gravidanze considerate ad alto rischio. Sono stati valutati 24 test di combinazione che utilizzavano in associazione o meno con l'età materna i seguenti parametri: alfa-feto-proteina (AFP), antigene trofoblastico invasivo (ITA), frammento beta-core, beta-gonodotropina corionica umana libera (free- β hCG), hCG totale, estriolo, peptide gonadotropinico e vari rapporti tra questi marker. Tra le strategie valutate c'erano 3 doppi test e 11 test singoli in combinazione con l'età materna, 1 triplo test, due doppi tests e 11 tests singoli senza l'età materna. In particolare la concentrazione urinaria del frammento beta-core nel secondo trimestre è stato valutato in 11 studi, in cinque dei quali in associazione all'età materna. E' stato possibile valutare la sensibilità e il tasso di falsi positivi (1-specificità). La qualità è stata usata secondo i criteri QUADAS ed è stata effettuata una curva ROC per confrontare l'accuratezza dei test. I test coinvolgenti il frammento beta-core del secondo trimestre e l'estriolo insieme all'età materna sono significativamente più sensibili rispetto al frammento beta-core del secondo trimestre e all'estriolo, presi singolarmente (ratio del odds ratio diagnostico (RDOR): 2.2 (95% IC 1.1 - 4.5), P = 0.02) (considerando un tasso di falsi positivi del 5%, sensibilità complessiva del 73% (IC 57-85)). Per la scarsità di evidenze attualmente disponibili gli autori concludono che non è possibile al momento supportare l'uso dei test urinari di screening per la S. di Down.

Efficacia dei programmi di intervento a sostegno dello sviluppo precoce dopo la dimissione ospedaliera nei bambini pretermine nel prevenire deficit motori e cognitivi

A Spittle et al.

Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in pre-term infants

The Cochrane Library, 2015

Nei pretermine i programmi precoci d'intervento sullo sviluppo dopo la dimissione ospedaliera migliorano lo sviluppo motorio e cognitivo nell'infanzia (0-3 anni), in età prescolare (3-5 anni), in età scolare (5-18 anni) e nell'età adulta (≥ 18 anni)? Obiettivo secondario di questa revisione era di stratificare gli effetti in base all'età gestazionale, al peso alla nascita, al grado di danno cerebrale confrontare gli interventi centrati sulla relazione bambino-genitore con quelli centrati sullo sviluppo del bambino o su entrambi gli aspetti. Sono stati selezionati 25 studi (RCT o quasi RCT) per un totale di 3615 bambini. Solo 12 avevano una randomizzazione con un adeguato allocamento sui quali è stata effettuata metanalisi. Nei diversi studi c'era un'alta variabilità rispetto al tipo e all'intensità dell'intervento,

alle caratteristiche dei partecipanti e alla lunghezza del follow-up. Gli outcome cognitivi sono migliorati fino all'età prescolare [0-3 anni quoziente di sviluppo: differenza media standardizzata DMS 0.32 deviazione standard (DS), 95% IC 0.16 - 0.47; $P < 0.001$; 16 studi; 2372 partecipanti]; età prescolare (3-5 anni) quoziente intellettivo (QI); DMS 0.43 DS, 95% IC 0.32 - 0.54; $P < 0.001$; 8 studi; 1436 partecipanti], l'effetto si perde in età scolare [IQ: DMS 0.18 DS, 95% CI -0.08-0.43; $P = 0.17$; 5 studi; 1372 partecipanti]; quelli motori sono migliorati seppur in modo piccolo fino ai 3 anni [scala motoria DQ: DMS 0.10 DS, 95% IC 0.01 - 0.19; $P = 0.03$; 12 studi; 1895 partecipanti]. I programmi descritti in questa revisione abbracciano i primi 12 mesi di vita e si focalizzano sulla relazione bambino-genitore o sullo sviluppo del bambino o su entrambi, iniziano in ospedale ma continuano anche dopo la dimissione. La variabilità degli interventi limita le conclusioni sulla loro efficacia.

Uso dei corticosteroidi nel trattamento della meningite batterica

TA Ogunlesi et al.

Adjuvant corticosteroids for reducing death in neonatal bacterial meningitis

The Cochrane Library, 2015

L'uso di corticosteroidi nelle meningiti batteriche neonatali riduce il rischio di morte e di sequele del neurosviluppo? Sono stati identificati solo 2 RCT o quasi RCT (132 neonati). L'associazione dei corticosteroidi riduce il rischio di morte (RR 0.46, 95% IC 0.24 - 0.88; 132 partecipanti, evidenza di bassissima qualità) ma non riduce il numero di bambini con disabilità neurosensoriale a 2 anni (RR 1.80, 95% IC 0.18 - 18.21). In uno studio il desametasone riduce la perdita di udito a 4 e 10 settimane dalla dimissione (RR 0.41, 95% IC 0.17 - 0.98, 59 partecipanti, evidenza di bassa qualità). Data la limitatezza dei dati disponibili e la bassa qualità delle evidenze non è possibile al momento raggiungere alcuna conclusione.

Probiotici per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie in adulti e bambini

EM Schwenger et al.

Probiotics for preventing urinary tract infections in adults and children

The Cochrane Library, 2015

Rispetto al placebo o a nessuna terapia la supplementazione con probiotici in soggetti adulti e bambini ad alto rischio di infezioni delle vie urinarie (IVU) è efficace nel ridurre la morbilità e la mortalità legata alle IVU? E rispetto ad altri interventi farmacologici e non farmacologici? Sono stati selezionati 9 RCT o quasi-RCT (4 verso placebo, 2 verso nessun trattamento, 2 verso antibiotici, e 1 verso placebo in donne sane) per un totale di 735 pazienti. Non è stata trovata una differenza statisticamente significativa nel rischio di ricorrenza di IVU tra trattati con probiotici e con placebo (6 studi, 352 partecipanti: RR 0.82, 95% IC 0.60 - 1.12; $I^2 = 23\%$, indice di bassa eterogeneità), così come tra probiotici e antibiotici (1 studio, 223 partecipanti: RR 1.12, 95% IC 0.95 - 1.33). Gli effetti avversi più frequentemente riportati sono diarrea, nausea, vomito, costipazione, sintomi vaginali. Non sono state riportate le IVU asintomatiche e casi di morte. Due studi riportano perdite al follow-up per eventi avversi per 6 pazienti trattati con probiotici (5.2%) e 15 con antibiotici (12.2%), uno nel gruppo placebo. Gli autori concludono che attualmente i probiotici non danno beneficio rispetto al placebo o a nessun trattamento nella prevenzione delle IVU e che i dati sono insufficienti per commentare l'effetto dei probiotici rispetto agli an-

tibiotici. Ci sono pochi dati sugli eventi avversi dei probiotici e sulla mortalità.

Beta2-agonisti a lunga durata d'azione in aggiunta ai corticosteroidi inalatori nella terapia dell'asma cronica nei bambini

BF Chauhan et al.

Addition of long-acting beta2-agonists to inhaled corticosteroids for chronic asthma in children

The Cochrane Library, 2015

L'obiettivo di questa revisione è quello di valutare l'efficacia e la sicurezza dei beta2-agonisti a lunga durata d'azione (LABA) in aggiunta ai corticosteroidi inalatori (ICS) nella terapia dell'asma cronica nei bambini. Sono stati selezionati 33 studi (6381 bambini, età media 11 anni), 28 dei quali hanno confrontato l'aggiunta dei LABA verso lo stesso dosaggio di ICS, 11 verso un dosaggio aumentato. I partecipanti presentavano un'asma non controllata in tutti eccetto 4 studi prima della randomizzazione. LABA+ICS verso ICS alla stessa dose: non sono state trovate differenze statisticamente significative nel numero della riacutizzazioni che hanno richiesto steroidi per via orale (RR 0.95, 95% IC 0.70-1.28, 12 studi, 1669 bambini; evidenza di qualità moderata) o il ricovero in ospedale (RR 1.74, 95% IC 0.90 - 3.36, 7 studi, 1292 bambini; evidenza di moderata qualità) o seri eventi avversi (RR 1.17, 95% IC 0.75 - 1.85, 17 studi, $N = 4021$; evidenza di qualità moderata). La perdita al follow-up è significativamente minore con l'aggiunta dei LABA (23 studi, 471 bambini, RR 0.80, 95% IC 0.67 - 0.94; evidenza di bassa qualità). Il miglioramento del FEV1 è maggiore (9 studi, 1942 bambini, varianza inversa (VI) 0.08 L, 95% IC 0.06 - 0.10; differenza media (MD) 2.99%, 95% IC 0.86 - 5.11, 7 studi, 534 bambini; bassa qualità dell'evidenza) e anche il picco espiratorio mattutino (PEF) (16 studi, 3934 bambini, VI10.20 L/min, 95% IC 8.14 - 12.26), la riduzione delle inalazioni (DM -0.07 puffs/d, 95% IC da -0.11 a -0.02, 7 studi; 1798 bambini) la riduzione delle inalazioni durante la notte (DM -0.08 puffs/d, 95% IC da -0.13 a -0.03, 3 studi, 672 bambini). Nessuna differenza è stata valutata per le performance durante l'esercizio fisico, i giorni liberi da sintomi, i punteggi per l'asma, la qualità di vita, l'uso di farmaci sintomatici, gli eventi avversi. LABA + ICS verso ICS ad aumentato dosaggio: non sono state trovate differenze statisticamente significative nel numero delle riacutizzazioni che hanno richiesto steroidi per via orale (RR 1.69, 95% IC 0.85 - 3.32, 3 studi, 581 bambini; evidenza di qualità moderata) o il ricovero in ospedale (RR 1.90, 95% IC 0.65 - 5.54, 4 studi, 1008 bambini; evidenza di qualità moderata). Non ci sono state differenze negli eventi avversi (RR 1.54, 95% IC 0.81 - 2.94, 7 studi, $N = 1343$; evidenza di qualità moderata) e nel rischio di perdita al follow-up (RR 0.96, 95% IC 0.67 - 1.37, 8 studi, 1491 bambini; evidenza di qualità moderata). Il miglioramento del PEF mattutino è maggiore (MD 8.73 L/min, 95% IC 5.15-12.31, 5 studi, 1283 bambini; evidenza di qualità moderata), per gli altri parametri i dati sono insufficienti. La velocità di crescita in lunghezza a 12 mesi è significativamente minore nel gruppo ad elevato dosaggio di ICS (2 studi: DM 1.21 cm/y, 95% IC 0.72 - 1.70). Gli autori concludono che nei bambini con asma persistente la combinazione di LABA e ICS non reduce il rischio di riacutizzazioni che richiedono trattamento con steroidi orali ma migliora la funzionalità polmonare. Non ci sono differenze rispetto agli eventi avversi se non una miglior crescita con i LABA rispetto ai ICS ad alto dosaggio. La tendenza verso l'aumento di rischio di ricovero ospedaliero con l'aggiunta dei LABA indica la necessità di un monitoraggio continuo di ulteriori studi nei bambini.