

Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (aprile-maggio-giugno 2016)

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 aprile a giugno 2016. 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 Aprile-Maggio-Giugno 2016 (Issue 4,5,6 2016)

1. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services
2. Intravenous magnesium sulfate for treating children with acute asthma in the emergency department
3. Drugs for the acute treatment of migraine in children and adolescents
4. Infraorbital nerve block for postoperative pain following cleft lip repair in children
5. Breathing exercises for children with asthma
6. Interventions for treating ankle fractures in children
7. Systemic treatment for blepharokeratoconjunctivitis in children
8. Salbutamol for transient tachypnea of the newborn
9. Epinephrine for transient tachypnea of the newborn
10. Fasting for haemostasis in children with gastrointestinal bleeding
11. High frequency jet ventilation versus high frequency oscillatory ventilation for pulmonary dysfunction in preterm infants
12. Heparin for the prevention of intraventricular haemorrhage in preterm infants
13. Oral dextrose gel for the treatment of hypoglycaemia in newborn infants
14. School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents
15. Radiotherapy for diffuse brainstem glioma in children and young adults
16. Integrated management of childhood illness (IMCI) strategy for children under five

Revisioni sistematiche di area pediatrica aggiornate Aprile-Maggio-Giugno 2016 (Issue 4,5,6 2016)

1. Early removal versus expectant management of central venous catheters in neonates with bloodstream infection
2. Glutamine supplementation to prevent morbidity and mortality in preterm infants
3. Co-bedding in neonatal nursery for promoting growth and neurodevelopment in stable preterm twins
4. Oral immunoglobulin for preventing necrotizing enterocolitis in preterm and low birth weight neonates
5. Nutritional support for critically ill children
6. Systemic antifungal therapy for tinea capitis in children
7. Multi-nutrient fortification of human milk for preterm infants
8. Inhaled nitric oxide for acute respiratory distress syndrome (ARDS) in children and adults
9. Aripiprazole for autism spectrum disorders (ASD)
10. Prophylactic nasal continuous positive airway pressure for preventing morbidity and mortality in very preterm infants
11. Antibiotics for otitis media with effusion in children
12. Increased versus stable doses of inhaled corticosteroids for exacerbations of chronic asthma in adults and children

La transizione degli adolescenti dai centri di cura pediatrici a quelli degli adulti

F. Campbell et al.

Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services

The Cochrane Library, 2016

Sono stati valutati gli interventi disegnati per migliorare la transizione delle cure per gli adolescenti affetti da patologie croniche dai centri pediatrici a quelli per gli adulti. Sono stati inclusi 4 studi (238 pz) rispettivamente su pazienti con spina bifida, problemi di cuore, diabete tipo 1 e una miscellanea di condizioni. Gli interventi utilizzati sono stati differenti (rispettivamente: un workshop di 2 giorni – una sessione di formazione personalizzata – un programma di transizione strutturato con un coordinatore dedicato – un programma che ha utilizzato un intervento educativo basato sul web e su SMS). Il follow-up è stato breve (4-12 mesi) soprattutto se si considera che il processo di transizione è un processo lungo. Gli outcome considerati variabili; solo due studi valutavano tra gli outcome primari esiti clinici. Tre dei programmi di transizione hanno trovato che l'intervento può migliorare leggermente la prontezza di transizione nei giovani, consentendo loro di migliorare l'auto-gestione della patologia e l'utilizzo dei servizi sanitari per adulti. Il programma di transizione con workshop di due giorni per i giovani con la spina bifida è risultato invece inefficace in questo senso. I programmi di transizione di cura migliorano leggermente la conoscenza della patologia e l'uso appropriato dei servizi sanitari, mentre hanno portato a poca o nessuna differenza nello stato di salute, nella qualità della vita o di benessere, o dei tassi di trasferimento ai servizi sanitari per adulti. Mentre vi è una vasta gamma di programmi di transizione che si stanno sviluppando in diversi paesi, spesso all'interno di particolari specialità cliniche, le evidenze attualmente disponibili che hanno testato questo tipo di interventi complessi, sono molto scarse. Vi è pertanto un ampio margine per una valutazione rigorosa di altri modelli di cura di transizione che, in particolare, tengano conto di esiti clinici a lungo termine e di un adeguato follow-up.

Magnesio solfato per via endovenosa nel trattamento dell'asma acuta nei bambini nei dipartimenti d'emergenza

B. Griffiths et al.

Intravenous magnesium sulfate for treating children with acute asthma in the emergency department

The Cochrane Library, 2016

Diverse linee guida raccomandano l'utilizzo del magnesio solfato per via endovenosa negli adulti con attacco d'asma che non hanno risposto alla terapia con broncodilatatori e cortisonici, in particolare questo trattamento sembra ridurre la necessità di ricovero per gli adulti rispetto al placebo. Questa revisione si occupa di verificare lo stesso outcome sui bambini. Sono stati selezionati 5 studi pubblicati tra il 1996 e il 2000 di cui solo 3 (115 bambini) avevano come outcome quello desiderato. Gli studi analizzati avevano complessivamente un basso rischio di bias ma il numero limitato dei trattati rende l'evidenza debole. Gli autori evidenziano che il trattamento con magnesio solfato per via e.v. riduce del 68% la probabilità di essere ricoverati (OR 0.32, IC 95% 0.14 - 0.74; 3 studi, 115 bambini; I₂ = 63%) con un NNT di 5 (cioè ogni 5 trattati uno non viene ricoverato) mentre la metanalisi per l'outcome sul ritorno al dipartimento d'emergenza entro 48 ore dalla dimissione non è risultata significativa (OR 0.40, IC 95% 0.02 - 10.30; 2 studi, 85 bambini; I₂ = 0%). Non è stato possibile eseguire metanalisi sugli effetti e gli eventi

avversi poiché ne sono stati riportati pochi. Gli autori concludono che il trattamento in esame è efficace nel ridurre l'ospedalizzazione, tuttavia la forza dell'evidenza è debole a causa del numero limitato di soggetti trattati.

Farmaci per il trattamento dell'emicrania nei bambini e negli adolescenti

L. Richer et al.

Drugs for the acute treatment of migraine in children and adolescents

The Cochrane Library, 2016

Attualmente numerosi studi sono disponibili per il trattamento dell'emicrania nell'adulto e alcuni di essi sono stati approvati anche per l'uso nei bambini e adolescenti in un setting ambulatoriale. Questa revisione si occupa di valutare il trattamento acuto dell'emicrania nei bambini e negli adolescenti. Sono stati identificati 27 RCT coinvolgenti 9158 bambini e adolescenti di cui 7630 hanno assunto un farmaco per trattare il dolore dell'emicrania (range età media 8,2-14,7 anni). Ventiquattro studi si sono concentrati su farmaci nella classe dei triptani, tra cui almotriptan, eletriptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan, sumatriptan + naprossene sodico, e zolmitriptan. Altri farmaci studiati sono stati paracetamolo (acetaminofene), ibuprofene e diidroergotamina. Più della metà degli studi ha valutato il Sumatriptan. Due piccoli studi di bassa qualità evidenziano che l'ibuprofene è più efficace del placebo (162 bambini RR 1.87, IC 95% 1.15 - 3.04), ma le informazioni sugli effetti avversi per questi studi sono limitati; il paracetamolo invece non si è dimostrato superiore al placebo in un piccolo studio su 80 bambini. I triptani come classe sono efficaci [3 studi con 273 bambini (RR 1.67, IC 95% 1.06 - 2.62, NNT 13) (evidenza di qualità moderata) e 21 studi con 7026 adolescenti (RR 1.32, IC 95% 1.19 - 1.47, NNT 6) (evidenza di qualità moderata)], ma sono associati a un più alto tasso di eventi avversi minori, tuttavia non sono stati registrati eventi avversi maggiori. Anche l'associazione Sumatriptan + Naprossene Sodico è risultata efficace per trattare gli adolescenti [490 adolescenti (RR 3,25, IC 95% 1,78 - 5,94, NNT 6) (prova di qualità moderata)].

Gel di destrosio per il trattamento dell'ipoglicemia neonatale

PJ Weston et al.

Oral dextrose gel for the treatment of hypoglycaemia in newborn infants

The Cochrane Library, 2016

Nei neonati con ipoglicemia il trattamento con gel di destrosio è superiore al placebo, a nessun trattamento o ai trattamenti standard (latte di formula, correzione con glucosio per via endovenosa) nel correggere l'ipoglicemia e migliorare lo sviluppo psicomotorio a distanza? Il gel di destrosio al 40% è poco costoso e può essere somministrato facilmente tramite la mucosa della bocca, mentre il neonato continua ad essere accudito e allattato dalla mamma. Sono stati selezionati 2 studi per un totale di 312 neonati con ipoglicemia, 157 hanno ricevuto il gel al destrosio e sono stati alimentati normalmente, mentre 155 hanno ricevuto un gel placebo o soltanto un pasto normale. La revisione è fortemente limitata dal fatto che mancano i dati di correzione dei singoli episodi di ipoglicemia. Il livello complessivo dell'evidenza è nel complesso da moderato a molto basso. I risultati suggeriscono che il gel al destrosio è efficace nel mantenere i bambini insieme alle madri riducendo il rischio di separazione legato alla correzione dell'ipoglicemia (RR 0.54, IC 95% 0.31 - 0.93; 1 studio, 237 neonati; evidenza di qualità moderata) e nel

migliorare il tasso di allattamento esclusivo dopo la dimissione dall'ospedale (RR 1.10, IC 95% 1.01 - 1.18; uno studio, 237 neonati; evidenza di qualità moderata). I ricercatori non hanno riportato effetti avversi legati alla somministrazione di destrosio e o problemi del neurosviluppo a 2 anni. Uno studio su 75 pazienti ha valutato che l'aumento della concentrazione di glucosio dopo la somministrazione di gel al destrosio è di 0.4 mmol/L (7 mg/dl) (IC 95% -0.14 - 0.94). Gli autori concludono che il destrosio potrebbe essere considerato la prima linea di trattamento dell'ipoglicemia neonatale.

Trattamento dell'otite media effusiva (OME) con antibiotico

RP Venekamp et al.

Antibiotics for otitis media with effusion in children
The Cochrane Library, 2016

Servono gli antibiotici nel trattamento dell'otite media effusiva? Gli outcome primari misurati in questa revisione sono stati la presenza di OME a 2-3 mesi dalla terapia e gli effetti avversi della stessa. Sono stati selezionati 25 studi di cui 23 utili per gli outcome considerati (3258 bambini). Il rischio di bias era da basso a moderato. I risultati sono stati i seguenti: il trattamento con antibiotico è più efficace rispetto al non trattamento nel risolvere l'OME (6 studi, 484 bambini; RR 2.00, IC 95% 1.58 - 2.53) a 2-3 mesi con un NNTB (numero di bambini trattati per avere un outcome positivo) di 5 (cioè ogni 5 trattati uno ha risolto l'OME), tuttavia i soggetti che hanno assunto antibiotico hanno presentato più frequentemente eventi avversi legati alla terapia (diarrea, vomito, rash cutaneo) (5 studi, bassa qualità, 742 bambini, RR 2.15, IC 95% 1.29 - 3.60) con un NNTH (numero di bambini trattati per ottenere un evento avverso) di 20 (cioè ogni 20 trattati 1 ha presentato 1 evento avverso) con evidenza di qualità moderata. Rispetto agli outcome secondari solo uno studio (849 bambini) ha riportato i livelli di udito a 2-4 settimane dalla terapia con risultati conflittuali. Nessuno studio ha valutato lo sviluppo del linguaggio, lo sviluppo cognitivo e la qualità di vita. Non è risultata una differenza significativa nel tasso di ventilazione della tuba o nelle sequele della membrana timpanica; l'antibiotico sembra ridurre gli episodi di otite media acuta a 4-8 settimane dal trattamento e entro 6 mesi dalla randomizzazione ma la qualità delle evidenze è bassa.

Aripiprazolo per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico

LE Hirsh et al.

Aripiprazole for autism spectrum disorders (ASD)
The Cochrane Library, 2016

L'Aripiprazolo è un antipsicotico atipico di terza generazione, con un meccanismo d'azione diverso dagli altri antipsicotici. Sono stati analizzati 2 RCT che hanno utilizzato questo farmaco per 8 settimane in 316 bambini di 6-17 anni con disturbo dello spettro autistico. Il farmaco è risultato efficace poco dopo l'inizio del trattamento nel ridurre l'irritabilità, l'iperreattività, i comportamenti stereotipati e il linguaggio. Tuttavia comporta importanti effetti collaterali quali significativo aumento di peso, sedazione e tremori. Uno studio a lungo termine ha verificato che non ci sono state differenze nella ricomparsa dei sintomi tra chi dopo la stabilizzazione del quadro clinico è stato randomizzato a proseguire con il farmaco e chi ha assunto il placebo; è necessario quindi procedere a una rivalutazione dell'uso dell'aripiprazolo dopo che i sintomi sono stabilizzati.

Steroidi inalatori a maggior dosaggio per il trattamento delle riacutizzazioni nell'asma cronica negli adulti e nei bambini

KM Kev et al.

Increased versus stable doses of inhaled corticosteroids for exacerbations of chronic asthma in adults and children
The Cochrane Library, 2016

Raddoppiare la dose dei corticosteroidi inalatori durante una riacutizzazione di asma cronica sembra non ridurre, rispetto al placebo, il ricorso agli steroidi per via orale o la necessità di ricorrere a una visita medica o al ricovero ospedaliero (ma rispetto a quest'ultimo risultato non c'è sicurezza poiché pochi studi lo hanno considerato come outcome). Raddoppiare la dose dei corticosteroidi inalatori non modifica la frequenza degli eventi avversi rispetto alla dose usuale. Nell'aggiornamento di questa revisione sono stati selezionati 3 nuovi studi per un totale di 419 pazienti; complessivamente gli studi analizzati sono stati 8 (1669 persone con asma lieve o moderata), 3 studi sono stati condotti in bambini e 5 in adulti. I pazienti sono stati seguiti per 6 o 12 mesi. La qualità dell'evidenza è di grado medio-basso, a causa degli outcome considerati. Gli autori concludono che le evidenze correnti non supportano l'incremento degli steroidi inalatori come parte di un piano d'azione individuale nelle riacutizzazioni d'asma negli adulti e nei bambini con asma lieve e moderata. Tuttavia per la presenza di ampi intervalli di confidenza in molti degli outcome valutati non si può escludere completamente un possibile effetto benefico di quest'approccio.