

Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (luglio-settembre 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 luglio a settembre 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 Luglio-Settembre 2016 (Issue 7,8,9 2016)

1. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed
2. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures
3. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants
4. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children
5. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents
6. Preoperative analgesics for additional pain relief in children and adolescents having dental treatment
7. Vitamin A supplementation for the prevention of morbidity and mortality in infants one to six months of age
8. Medical interventions for the prevention of platinum-induced hearing loss in children with cancer
9. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding
10. Responsive versus scheduled feeding for preterm infants
11. Cycled light in the intensive care unit for preterm and low birth weight infants
12. Palivizumab for prophylaxis against respiratory syncytial virus infection in children with cystic fibrosis
13. Vitamin A supplementation to prevent mortality and short- and long-term morbidity in very low birth weight infants
14. Xylitol for preventing acute otitis media in children up to 12 years of age
15. Routine vitamin A supplementation for the prevention of blindness due to measles infection in children
16. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents
17. Instruments for assessing readiness to commence suck feeds in preterm infants: effects on time to establish full oral feeding and duration of hospitalisation
18. Immediate versus deferred delivery of the preterm baby with suspected fetal compromise for improving outcomes
19. Synchronized mechanical ventilation for respiratory support in newborn infants
20. Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation
21. Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age
22. Interventions for improving coverage of childhood immunisation in low-and middle-income countries
23. Codeine versus placebo for chronic cough in children
24. Polyunsaturated fatty acids (PUFAs) for children with specific learning disorders
25. Antifibrinolytic agents for reducing blood loss in scoliosis surgery in children
26. Intracystic bleomycin for cystic craniopharyngiomas in children
27. Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding
28. Different infusion durations for preventing platinum-induced hearing loss in children with cancer
29. Melatonin as add-on treatment for epilepsy
30. Inhaled corticosteroids for cystic fibrosis
31. Thromboelastography (TEG) or thromboelastometry (ROTEM) to monitor haemostatic treatment versus usual care in adults or children with bleeding
32. Pneumococcal vaccines for cystic fibrosis
33. Medical interventions for treating anthracycline-induced symptomatic and asymptomatic cardiotoxicity during and after treatment for childhood cancer
34. Timing of dornase alfa inhalation for cystic fibrosis
35. Steroid avoidance or withdrawal for kidney transplant recipients
36. Progestin-only contraceptives: effects on weight
37. Drug therapies for reducing gastric acidity in people with cystic fibrosis
38. Behavioral interventions for improving contraceptive use among women living with HIV
39. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients

Revisioni sistematiche di area pediatrica aggiornate Luglio-Settembre 2016 (Issue 7,8,9 2016)

1. Surgery versus non-surgical management for unilateral ureteric-pelvic junction obstruction in newborns and infants less than two years of age
2. Technological aids for the rehabilitation of memory and executive functioning in children and adolescents with acquired brain injury
3. Endothelin receptor antagonists for persistent pulmonary hypertension in term and late preterm infants
4. Dimercaptosuccinic acid scan or ultrasound in screening for vesicoureteral reflux among children with urinary tract infections
5. Lasers for caries removal in deciduous and permanent teeth
6. Platinum-induced hearing loss after treatment for childhood cancer
7. Dietary supplementation with myo-inositol in women during pregnancy for treating gestational diabetes
8. Pain-relieving agents for infantile colic
9. Mobile clinics for women's and children's health
10. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants
11. Singing as an adjunct therapy for children and adults with cystic fibrosis
12. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis
13. Ultrasound-guided arterial cannulation for paediatrics
14. Central venous catheter (CVC) removal for patients of all ages with candidaemia

15. Cognitive behavioural therapy (CBT) for adults and adolescents with asthma
16. Polyunsaturated fatty acid supplementation for drug-resistant epilepsy
17. Non-invasive positive pressure ventilation for acute asthma in children
18. Nutritional interventions for survivors of childhood cancer
19. Home telemonitoring and remote feedback between clinic visits for asthma
20. Vitamin D for the management of asthma
21. Sealing procedures for preterm prelabour rupture of membranes
22. Sun protection for preventing basal cell and squamous cell skin cancers
23. Vilanterol and fluticasone furoate for asthma
24. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding
25. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis
26. Methods of milk expression for lactating women
27. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants
28. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis)

Supplementazione precoce di cibi e liquidi in bambini nati a termine, sani, allattati al seno

Smith HA, et al.

Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants

The Cochrane Library, 2016

Ci sono dei vantaggi nell'introdurre nei primi 6 mesi di vita acqua o altri liquidi e/o cibi solidi in lattanti sani nati a termine e allattati al seno materno? Sono stati selezionati RCT o quasi RCT di cui 9 (2226 coppie madre-bambino) avevano tra gli outcome dati di interesse per questa revisione. Non abbiamo trovato prove per un beneficio sulla durata dell'allattamento sulla supplementazione con acqua o soluzioni glucosate. La qualità delle prove sulla supplementazione era insufficiente per suggerire un cambiamento nella pratica dell'allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita. Per i bambini di 4-6 mesi, non abbiamo trovato prove sul beneficio di una supplementazione con cibi solidi o per rischi correlati a malattie o a modificazioni del peso. La maggior parte degli studi hanno mostrato elevati rischi di bias e la maggior parte degli outcome era basata su prove di bassa qualità, con il significato che, ad oggi, siamo impossibilitati a valutare pienamente i benefici o i rischi di una supplementazione o a determinare l'impatto in riferimento alla modalità o momento adatto per la supplementazione. Non abbiamo trovato prove per contestare le attuali raccomandazioni internazionali sull'allattamento esclusivo al seno per i primi sei mesi di vita.

Alimentazione responsiva vs a orario per i lattanti nati pretermine

Watson J, et al.

Responsive versus scheduled feeding for preterm infants

The Cochrane Library, 2016

In generale, i dati raccolti non forniscono forti o sostanziali prove che l'alimentazione responsiva sia coinvolta in importanti esiti sui bambini nati pretermine o sui loro famigliari. Alcune prove di bassa qualità indicano che i bambini pretermine alimentati in modo responsivo assecondando il senso di fame e di sazietà raggiungono

la competenza per una alimentazione per via orale prima di quelli alimentati secondo precisi intervalli di tempo e di volume di alimenti somministrati. Questi rilievi dovrebbero essere interpretati con prudenza a causa delle debolezze metodologiche dei trial inclusi in questa revisione. Sarebbe necessario un più ampio RCT per confermare queste prove e determinare se l'alimentazione responsiva di un bambino nato pretermine coinvolga altri importanti esiti.

Effetto della limitazione dell'uso del ciuccio nei bambini nati a termine allattati al seno per incrementare la durata dell'allattamento al seno

Jaafar SH.

Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding

The Cochrane Library, 2016

L'utilizzo del ciuccio nei bambini sani, nati a termine allattati al seno, iniziato dalla nascita o dopo che la lattazione si è stabilita, non interessa in modo significativo la prevalenza o la durata dell'allattamento al seno esclusivo o l'allattamento prevalente fino a 4 mesi di età. Mancano invece i dati per valutare le difficoltà di allattamento a breve termine affrontate dalla madre e gli effetti a lungo termine dei ciucci sulla salute dei neonati.

Vitamina D per la gestione dell'asma

Martineau AR.

Vitamin D for the management of asthma

The Cochrane Library, 2016

Una metanalisi di uno scarso numero di trial in persone con asma lieve o moderato indica che la vitamina D probabilmente riduce il rischio di severe esacerbazioni dell'asma e riduce la frequenza delle consultazioni sanitarie. Non è chiaro se questi effetti sono limitati alla persone con livelli bassi di vitamina D; sono necessarie ulteriori ricerche, includendo metanalisi di dati di singoli pazienti già esistenti nella banche dati, per chiarire questo dilemma. I bambini e le persone con frequenti esacerbazioni di asma severo sono sottorappresentati in questa revisione; sono necessari ulteriori trial di studi primari per stabilire se la vitamina D può ridurre il rischio di esacerbazioni di asma severa in questi gruppi.

Sostanze per la riduzione del dolore nella colica del lattante

Biagioli E, et al.

Pain-relieving agents for infantile colic

The Cochrane Library, 2016

Ad oggi, le prove di una efficacia sul campo di sostanze che alleviano il dolore nel trattamento della colica del lattante è scarsa e sono presenti bias. I pochi studi disponibili includono piccoli campioni di popolazione e per la maggior parte hanno severe limitazioni. I benefici, quando riportati, sono inconsistenti. Non abbiamo trovato prove che supportino l'uso del simeticone come agente per la riduzione del dolore nella colica del lattante. Le prove disponibili mostrano che le erbe, lo zucchero, la diclomina e il cimetropio bromuro non possono essere raccomandati nei bambini con le coliche. I ricercatori devono condurre trial randomizzati controllati usando misure standardizzate per permettano il confronto tra le diverse sostanze e l'unificazione dei risultati tra i diversi studi. I genitori, che per la maggior parte gestiscono l'intervento e valutano gli esiti, dovrebbe-

ro sempre essere messi in una condizione di cecità.

Trattamenti antibiotici differenti per la faringite da streptococco di gruppo A

Van Driel ML, et al.

Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis

The Cochrane Library, 2016

Non ci sono differenze rilevanti dal punto di vista clinico nella risoluzione dei sintomi nel confronto tra cefalosporine e macrolidi con la penicillina nel trattamento della faringotonsillite da streptococco di gruppo A (GABHS). Prove limitate negli adulti suggeriscono che le cefalosporine sono più efficaci della penicillina in riferimento alle ricadute ma il numero di soggetti da trattare è elevato. Prove limitate nei bambini suggeriscono che le cefalosporine sono più efficaci della penicillina nelle ricadute, ma il numero dei bambini da trattare per questo beneficio è elevato. Prove limitate nei bambini indicano che il carbacefem è più efficace della penicillina per la risoluzione della sintomatologia. I dati disponibili sulle complicanze sono scarsi e non permettono di arrivare a delle conclusioni. Basandosi su questi risultati e considerando il basso costo e l'assenza di resistenza, la penicillina può ancora essere considerata la prima scelta di trattamento nei bambini e negli adulti. Tutti gli studi sono stati eseguiti in nazioni ad alto reddito con basso rischio di complicanze da streptococco, così sono necessari trial in paesi a basso reddito e nelle comunità di Aborigeni dove il rischio di complicanze è elevato.

Metodi per la spremitura del latte nelle donne che allattano

Becker GE, et al.

Methods of milk expression for lactating women

The Cochrane Library, 2016

Il metodo più adatto per la spremitura del latte può dipendere dal tempo che è intercorso dalla nascita, lo scopo della spremitura e dalle condizioni specifiche della mamma e del lattante. Interventi a basso costo includono la spremitura del latte subito dopo la nascita, in caso di impossibilità per il lattante ad attaccarsi al seno, il rilassamento, il massaggio e il riscaldamento del seno, la spremitura manuale e le pompe a basso costo, tutti interventi che possono essere efficaci o maggiormente efficaci rispetto alle più grandi pompe elettriche per alcuni esiti. La variazioni nel contenuto dei nutrienti tra le varie metodiche può essere rilevante in alcuni bambini. Piccoli campioni di popolazione, elevati intervalli di deviazioni standard e la diversità dei differenti tipi di intervento consigliano precauzione nell'applicare questi risultati al di là delle specifiche metodiche adottate nei particolari setting di intervento. Sono necessarie ricerche indipendenti con diversi trial sulla spremitura manuale, sul rilassamento e su altre tecniche che non hanno alcun potenziale commerciale.

Corticosteroidi per trattare la paralisi idiopatica del nervo faciale (paralisi di Bell)

Madhock VB et al.

Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis)

The Cochrane Library, 2016

Quali sono gli effetti dei corticosteroidi sulla paralisi di Bell? Questa revisione è un aggiornamento della precedente del 2010.

Sono stati identificati 7 RTC per un totale di 895 persone con paralisi di Bells di diverso grado (età 2-84 anni; uno studio pediatrico con bambini di 24 mesi-74 mesi di età), che sono state trattate con corticosteroidi o placebo (trattamento inattivo), da soli o in combinazione con altre terapie. La durata della terapia variava da 157 giorni a 12 mesi. I corticosteroidi hanno ridotto il numero di persone che hanno presentato debolezza muscolare dell'emivolto colpito a distanza di 6 mesi o più dalla randomizzazione. Complessivamente il 17% (79/452) dei pazienti allocati alla terapia con corticosteroidi ha presentato un recupero solo parziale della funzione motoria a 6 mesi verso il 28% (125/447) nel gruppo di controllo (rischio relativo (RR) 0.63, IC 95% 0.50 - 0.80, 7 studi, n = 895, evidenza di moderata-alta qualità). Il numero di persone che devono essere trattate per evitare che una abbia un recupero incompleto (NNT) è di 10 (IC 95% 6 - 20). Cinque studi hanno fornito dati a lungo termine sui postumi estetici della paralisi di Bell dopo il trattamento. L'effetto a sei mesi o più era quasi lo stesso per i corticosteroidi e il placebo (RR 0.96, IC 95% 0.40 - 2.29, 2 studi, n = 75, evidenza di bassa qualità). I dati provenienti da tre studi (485 partecipanti) hanno mostrato chiaramente che le persone che hanno ricevuto corticosteroidi sviluppano meno sincinesie motorie (movimenti facciali indesiderati) e lacrime 'di cocodrillo' (lacrimazione degli occhi quando si mangia o si mastica), rispetto a persone che hanno ricevuto il placebo (RR 0.64, IC 95% 0.45 - 0.91, 3 studi, n = 485, evidenza di moderata qualità). La terapia con corticosteroidi non sembra abbia effetti collaterali significativi (RR 1.04, IC 95% 0.71 - 1.51, 3 studi, n = 715, evidenza di qualità moderata). Gli autori concludono che ci sono prove di qualità moderata- alta a sostegno della terapia della paralisi di Bells con i corticosteroidi.

L'uso del tampone rapido per valutare nei bambini i casi di faringite da streptococco

JF Cohen et al.

Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis

The Cochrane Library, 2016

L'obiettivo di questa revisione è quello di valutare in una popolazione di bambini con faringite l'accuratezza diagnostica dei test rapidi per lo streptococco beta emolitico gruppo A (SBEA), responsabile del 20-40% dei casi di faringite in età pediatrica. Sono stati inclusi 98 studi. La qualità metodologica complessiva degli studi inclusi era scarsa, soprattutto perché molti studi erano ad alto rischio di bias di selezione dei pazienti e nello standard di riferimento utilizzato (rispettivamente nel 73% e nel 43% degli studi analizzati). Negli studi in cui tutti i partecipanti sono stati sottoposti sia a tampone rapido (RADT) e studio colturale, il RADT aveva una sensibilità del 85,6% (IC 95% 83,3-87,6) e una specificità del 95,4%; (IC 95% 94,5 -96,2). C'era una sostanziale eterogeneità nella sensibilità tra gli studi mentre la specificità era più stabile. La sensibilità dei test immunologici enzimatici (test EIA) e di quelli immunologici ottici (OIA) era comparabile (sensibilità 85,4% contro 86,2% rispettivamente). Gli autori concludono che in una popolazione di 1000 bambini con una prevalenza di SBEA del 30%, non vengono individuati 43 pazienti affetti. Il RADT può essere utilizzato come test standard unico per escludere lo SBEA in relazione principalmente al contesto epidemiologico. La sensibilità del test EIA e del test OIA sembra paragonabile. La specificità del RADT è sufficientemente elevata per evitare un uso non necessario degli antibiotici. Sulla base di questi risultati, ci si aspetterebbe che tra 100 bambini con mal di gola, 86 vengono correttamente rilevati con il test rapido, mentre 14 no, non ricevendo il trattamento antibiotico; soltanto il 5% dei bambini risulta invece positivo quando non lo è, ricevendo un trattamento