

## Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (luglio-agosto 2017)

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 2017. 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 2017 (Issue 7- 8 2017)

1. Probing for congenital nasolacrimal duct obstruction
2. Oral dextrose gel to prevent hypoglycaemia in at-risk neonates
3. Task-oriented interventions for children with developmental co-ordination disorder
4. Later school start times for supporting the education, health, and well-being of high school students
5. Isoniazid for preventing tuberculosis in HIV-infected children
6. Sildenafil for pulmonary hypertension in neonates
7. Antenatal and intrapartum interventions for preventing cerebral palsy: an overview of Cochrane systematic reviews
8. Fluid supplementation for neonatal unconjugated hyperbilirubinaemia
9. Welfare-to-work interventions and their effects on the mental and physical health of lone parents and their children
10. Interventions for chronic kidney disease in people with sickle cell disease
11. Interventions for preventing and managing advanced liver disease in cystic fibrosis
12. Continuous erythropoiesis receptor activator (CERA) for the anaemia of chronic kidney disease
13. Oral paracetamol (acetaminophen) for cancer pain
14. Schedules for home visits in the early postpartum period
15. Vitamin K supplementation for cystic fibrosis
16. Slow advancement of enteral feed volumes to prevent necrotising enterocolitis in very low birth weight infants
17. Desmopressin use for minimising perioperative blood transfusion
18. Prophylactic levosimendan for the prevention of low cardiac output syndrome and mortality in paediatric patients undergoing surgery for congenital heart disease
19. Sustained versus standard inflations during neonatal resuscitation to prevent mortality and improve respiratory outcomes
20. Preconception care for diabetic women for improving maternal and infant health
21. Late ( $\geq 7$  days) inhalation corticosteroids to reduce bronchopulmonary dysplasia in preterm infants

### Revisioni sistematiche di area pediatrica aggiornate luglio-agosto 2017 (Issue 7-8 2017)

1. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in permanent teeth
2. Treadmill interventions in children under six years of age at risk of neuromotor delay
3. Statins for children with familial hypercholesterolemia
4. Manipulative interventions for reducing pulled elbow in young children
5. Tailored interventions based on sputum eosinophils versus clinical symptoms for asthma in children and adults
6. Culture-specific programs for children and adults from minority groups who have asthma
7. Antibiotics for persistent cough or wheeze following acute bronchiolitis in children
8. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths
9. Aerosolized prostacyclins for acute respiratory distress syndrome (ARDS)
10. Screening for gestational diabetes mellitus based on different risk profiles and settings for improving maternal and infant health
11. Retinoic acid postconsolidation therapy for high-risk neuroblastoma patients treated with autologous haematopoietic stem cell transplantation

## Sigillature dei solchi per prevenire la carie nei denti permanenti

Ahovuo-Saloranta A. et al.

*Pit and fissure sealants for preventing dental decay in permanent teeth*

*The Cochrane Library, 2017*

Le sigillature dentali sono state introdotte negli anni 60 per la prevenzione delle carie dentali, soprattutto nei solchi e fessure delle superfici occlusali. Questo è un aggiornamento di una review pubblicata per la prima volta nel 2004; l'obiettivo è confrontare tipi differenti di sigillature per prevenire le carie delle superfici occlusali dei denti permanenti in bambini e adolescenti. Sono stati inclusi 38 studi per un totale di 7.924 bambini di età 5-16 anni; 7 studi (1.693 partecipanti) sono quelli aggiunti per questo aggiornamento. 15 studi hanno valutato gli effetti di sigillature a base di resina rispetto a nessuna sigillatura (3.620 partecipanti in 14 studi più 575 paia di denti in uno studio); e 24 studi hanno valutato un tipo di sigillatura rispetto a un altro (4.146 partecipanti). Gli studi solo raramente riportavano l'esposizione al fluoro e la prevalenza di carie dei partecipanti. I sigillanti a base di resina di II, III, IV generazione prevenivano la carie nei primi molari permanenti nei bambini di 5-10 anni (follow-up a 24 mesi: OR 0.12 95% CI 0.08, 0.19, 7 trial (di cui 5 pubblicati negli anni '70 e 2 nel 2010) 1.548 bambini randomizzati, 1.322 bambini valutati; evidenza di qualità moderata). Assumendo che il 16% delle superfici dentali di controllo si cariassero durante i 24 mesi di follow-up (160 denti cariati per 1.000), l'applicazione di un sigillante a base di resina ridurrebbe la proporzione di superfici cariate al 5.2% (95% CI 3.13%, 7.37%). Allo stesso modo, assumendo che il 40% delle superfici dentali di controllo si cariassero (400 denti cariati per mille) l'applicazione di un sigillante a base di resina ridurrebbe la proporzione di superfici cariate al 6.25% (95% CI 3.84%, 9.63%). L'effetto protettivo si manteneva prolungando il follow-up, ma si riducevano la quantità e la qualità dell'evidenza (a 48-54 mesi di follow-up: OR 0.21, 95% CI 0.16, 0.28, 4 trial, 482 bambini valutati; RR 0.24, 95% CI 0.12, 0.45, 203 bambini valutati). In conclusione i sigillanti a base di resina applicati sulle superfici occlusali dei molari permanenti sono efficaci nel prevenire la carie in bambini e adolescenti con una riduzione tra l'11 e il 51% rispetto alla non sigillatura. Sono insufficienti le evidenze sull'efficacia relativa dei differenti tipi di sigillanti.

## Interventi di ausilio alla marcia (tapis roulant) nei bambini sotto i 6 anni a rischio di ritardo neuromotorio

Valentín-Gudiol M. et al.

*Treadmill interventions in children under six years of age at risk of neuromotor delay*

*The Cochrane Library, 2017*

Nei bambini con sindrome di Down, paralisi cerebrale, ritardo generalizzato dello sviluppo o prematurità può verificarsi un ritardo motorio che, limitando l'esplorazione dell'ambiente può ostacolare lo sviluppo cognitivo e sociale. Obiettivo della revisione (aggiornamento dal 2011) è verificare l'efficacia di dispositivi di aiuto al cammino in bambini di età < 6 anni a rischio di ritardo neuromotorio. Sono stati inclusi 7 studi con 175 bambini, di cui 104 allocati al gruppo intervento e 71 controlli. A causa delle differenze tra i vari studi, solo i dati di 5 studi sono stati utilizzati nella metanalisi per 5 outcome: età di inizio della deambulazio-

ne autonoma, funzione motoria globale, funzione motoria legata alla stazione eretta e al cammino, velocità del passo. I dati attuali indicano che i dispositivi di aiuto al cammino possono accelerare la deambulazione autonoma nei bambini con sindrome di Down e il raggiungimento di abilità motorie in bambini con paralisi cerebrale e ritardo globale dello sviluppo. Questi dati dovrebbero essere confermati da studi più grandi e meglio disegnati.

## Statine per i bambini con ipercolesterolemia familiare

Vuorio A. et al.

*Statins for children with familial hypercholesterolemia*

*The Cochrane Library, 2017*

Aggiornamento di una precedente revisione Cochrane per stabilire efficacia e sicurezza del trattamento con statine nei bambini con ipercolesterolemia familiare eterozigote. Sono stati inclusi 9 studi randomizzati controllo - placebo con 1.177 partecipanti; i tempi di intervento e follow-up erano mediamente brevi (mediana 24 settimane, range 6 settimane - 2 anni). Le statine hanno ridotto i valori medi di colesterolo LDL in tutti i momenti indagati (evidenza di qualità moderata). I valori di AST, ALT, CPK non differivano tra i soggetti trattati e non (evidenza di qualità bassa). Il rischio di miopia (evidenza di qualità bassa) e di effetti avversi (evidenza di qualità moderata) erano molto bassi e simili in entrambi i gruppi. In conclusione il trattamento con statine è efficace nel ridurre i lipidi nei bambini con ipercolesterolemia familiare. Non sono stati evidenziati problemi di sicurezza, tuttavia non ci sono dati a lungo termine; i bambini trattati con statine dovrebbero essere monitorati attentamente dal loro pediatra ed affidati a un medico esperto in metabolismo dai 18 anni.

## Sondaggio per l'ostruzione congenita del dotto naso-lacrimale

Petris C. et al.

*Probing for congenital nasolacrimal duct obstruction*

*The Cochrane Library, 2017*

L'ostruzione congenita del dotto naso-lacrimale è una condizione frequente che provoca eccessiva lacrimazione nel primo anno di vita e che spesso si risolve senza chirurgia. Le opzioni terapeutiche sono di tipo conservativo, come l'osservazione, il massaggio del sacco lacrimale e gli antibiotici, o il sondaggio del dotto naso-lacrimale per aprire l'ostruzione membranosa a livello del dotto naso-lacrimale distale. L'intervento può non essere risolutivo se l'ostruzione è legata a protrusione ossea del turbinato inferiore o quando il dotto è edematoso per infezione; inoltre il sondaggio può associarsi a complicanze come falso passaggio, lesione delle vie naso-lacrimali, sanguinamento, laringospasmo, aspirazione. Obiettivo della revisione è stabilire gli effetti del sondaggio per l'ostruzione congenita del dotto naso-lacrimale. Sono stati identificati 2 studi (303 occhi di 242 partecipanti) che hanno confrontato il sondaggio immediato in sede ambulatoriale con il sondaggio differito, se necessario, dopo 6 mesi di osservazione, o al raggiungimento di una determinata età. L'esito primario, il successo del trattamento a 6 mesi, non è stato rilevato in tutti i bambini sottoposti a sondaggio immediato; tuttavia 77 di 117 (66%) occhi randomizzati al sondaggio differito avevano risolto i sintomi a distanza di 6 mesi senza il sondaggio. Tra i bambini con ostruzione monolaterale, quelli randomizzati al sondaggio immediato avevano più spesso un successo del trattamento rispetto a quelli con sondaggio differito (RR 1.41 IC 95% 1.12,

1.78; 163 bambini; evidenza moderata). Nell'altro piccolo studio (26 occhi di 22 bambini) gli occhi sottoposti a sondaggio immediato sono risultati guariti entro un mese in misura maggiore rispetto a quelli randomizzati al sondaggio differito e valutati all'età di 15 mesi (evidenza bassa). Non sono state riportate complicanze gravi. Gli autori concludono che sono ancora incerti gli effetti e i costi del sondaggio immediato rispetto a quello differito per l'ostruzione congenita del dotto naso-lacrimale.

### **Antibiotici per tosse o fischio persistenti dopo bronchiolite acuta nei bambini**

*McCallum GB. et al.*

*Antibiotics for persistent cough or wheeze following acute bronchiolitis in children*

*The Cochrane Library, 2017*

L'aggiornamento di questa revisione comprende 2 studi con 249 bambini; gli antibiotici sono stati confrontati con placebo o nessun trattamento dopo la fase acuta di bronchiolite (>14 giorni); a causa del basso numero di studi e partecipanti e del tasso di abbandono in uno degli studi, la qualità delle evidenze per gli outcome è risultata bassa. I dati non mostrano differenze significative tra i gruppi di trattamento sia rispetto alla proporzione di bambini con sintomi persistenti al follow-up, che al numero di bambini re-ospedalizzati per patologia respiratoria entro 6 mesi. Non è stato possibile valutare il tasso di riacutizzazione per i differenti metodi di rilevazione negli studi. Anche la proporzione di bambini con wheezing a 6 mesi non è risultata differente tra i gruppi. Ad oggi pertanto non ci sono sufficienti evidenze sull'utilizzo degli antibiotici per trattare o prevenire i sintomi respiratori persistenti dopo la fase acuta di bronchiolite.

### **Interventi pre-natali e intra-parto per prevenire la paralisi cerebrale: una panoramica delle revisioni sistematiche Cochrane**

*Shepherd E. et al.*

*Antenatal and intrapartum interventions for preventing cerebral palsy: an overview of Cochrane systematic reviews*

*The Cochrane Library, 2017*

Questo documento riassume le evidenze di revisioni Cochrane relative all'efficacia di interventi prenatali e intra-parto per la prevenzione della paralisi cerebrale. Sono state incluse 15 revisioni Cochrane di alta qualità e basso rischio di bias; 27 dei 279 RCT inclusi avevano dati sulle paralisi cerebrali (32.490 bambini). Sono stati considerati interventi per: trattamento dell'ipertensione lieve – moderata e pre-eclampsia; diagnosi e prevenzione della sofferenza fetale in travaglio; prevenzione della nascita pretermine; maturazione fetale o neuroprotezione; trattamento della sofferenza fetale pretermine. Interventi efficaci, evidenza di alta qualità: c'è stata una riduzione in paralisi cerebrale nei bambini nati da donne a rischio di parto prematuro che hanno ricevuto magnesio solfato per neuroprotezione del feto rispetto al placebo (RR 0.68, IC 95% 0.54, 0.87; 5 RCT; 6145 bambini). Interventi probabilmente inefficaci: evidenza di qualità moderata di danno: c'è stato un aumento di paralisi cerebrale nei bambini nati da madri in travaglio pretermine con membrane intatte che hanno ricevuto una profilassi antibiotica versus nessun antibiotico (RR 1.82 IC 95% 0.99, 3.34; 1 RCT; 3173 bambini); c'è stato un aumento di paralisi cerebrale nei bambini che, pre-

maturi con sospetta sofferenza fetale, sono nati precipitosamente rispetto a quelli con nascita differita (RR 5.88 IC 95% 1.33, 26.02; 1 RCT; 507 bambini). Interventi probabilmente inefficaci, evidenza di qualità moderata di mancanza di efficacia: nessuna chiara differenza nella presenza di paralisi cerebrale infantile tra i bambini nati da madre a rischio di parto prematuro che hanno ricevuto dosi ripetute di corticosteroidi rispetto a un singolo ciclo (RR 1.03, IC95% 0.71, 1.50; 4 RCT; 3.800 bambini). Nessuna conclusione possibile, evidenza di qualità bassa – molto bassa: corticosteroidi prenatali per accelerare la maturazione polmonare fetale nelle donne a rischio di parto prematuro; approccio interventista rispetto a condotta di attesa nella pre-eclampsia grave; magnesio solfato rispetto a placebo nella pre-eclampsia; cardiocografia continua rispetto all'auscultazione intermittente in travaglio; progesterone prenatale rispetto a placebo per prevenire la nascita pretermine; betabloccanti per inibire il travaglio pretermine. In conclusione c'è un'urgente necessità di RCT con lungo follow-up che studino fattori di rischio per la paralisi cerebrale infantile e tengano in considerazione nuove valutazioni, tra cui il General Movements Assessment.

### **Interventi di welfare per il lavoro e loro effetti sulla salute mentale e fisica dei genitori soli e loro bambini**

*Gibson M. et al.*

*Welfare-to-work interventions and their effects on the mental and physical health of lone parents and their children*

*The Cochrane Library, 2017*

Le famiglie monogenitoriali nei paesi ad alto reddito hanno alti tassi di povertà, incluso insufficiente occupazione e scarsa salute. Per "Welfare-to-work" (WtW) si intende una serie di interventi come incentivi finanziari, formazione, sussidi per la cura dei bambini, usati per sostenere l'impiego del genitore nella famiglia monogenitoriale. La ricerca ha cercato di verificare gli effetti degli interventi WtW sulla salute fisica e mentale nel genitore e nei bambini in paesi ad alto reddito; obiettivo secondario verificarne gli effetti sull'impiego e sul reddito. Sono stati inclusi 20 studi comprendenti 27.482 partecipanti, per lo più donne, su interventi sia obbligatori che volontari; 19 studi sono stati realizzati in Nord America. Il follow-up variava da 18 mesi a 6 anni; gli effetti degli interventi WtW sulla salute erano generalmente positivi ma di entità tale da non produrre effetti tangibili. Poiché si ipotizza che reddito e impiego comportino effetti sulla salute, è possibile che questo impatto trascurabile sulla salute dipenda dalla piccola entità degli effetti economici. Anche dove impiego e reddito erano più alti tra i genitori in WtW, la povertà risultava ancora alta per la maggior parte delle famiglie monogenitoriali in molti studi. Probabilmente per questo motivo anche la depressione restava molto alta tra i genitori indipendentemente dall'essere in un programma WtW.