

Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (settembre – ottobre 2018)

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 di area pediatrica da settembre a ottobre 2018. 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 2018 (Issue 07- 08 2018)

1. Head-to-head trials of antibiotics for bronchiectasis
2. Dornase alfa for cystic fibrosis
3. Short-course versus long-course therapy of the same antibiotic for community-acquired pneumonia in adolescent and adult outpatients
4. Oropharyngeal colostrum in preventing mortality and morbidity in preterm infants
5. Homeopathic medicinal products for preventing and treating acute respiratory tract infections in children
6. Prophylactic platelet transfusions prior to surgery for people with a low platelet count
7. Antibiotics for treating scrub typhus
8. Insulin and glucose-lowering agents for treating people with diabetes and chronic kidney disease
9. Nebulised hypertonic saline for cystic fibrosis
10. Ibuprofen for the treatment of patent ductus arteriosus in preterm or low birth weight (or both) infants
11. Topical and systemic antifungal therapy for chronic rhinosinusitis
12. Bronchoscopy-guided antimicrobial therapy for cystic fibrosis
13. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems
14. Family therapy approaches for anorexia nervosa
15. Parent-mediated interventions for promoting communication and language development in young children with Down syndrome
16. Interventions for preventing and treating cardiac complications in Duchenne and Becker muscular dystrophy and X-linked dilated cardiomyopathy
17. Infant formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergic disease
18. Drugs for preventing red blood cell dehydration in people with sickle cell disease
19. Eszopiclone for insomnia
20. Naloxone for opioid-exposed newborn infants
21. Interventions for reducing inflammation in familial Mediterranean fever
22. Gabapentin add-on treatment for drug-resistant focal epi-

lepsy

23. Biocompatible dialysis fluids for peritoneal dialysis
24. Dietary modifications for infantile colic
25. Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people
26. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents
27. Carbamazepine versus phenobarbitone monotherapy for epilepsy: an individual participant data review
28. Oxcarbazepine versus phenytoin monotherapy for epilepsy: an individual participant data review
29. Heliox for croup in children
30. Zonisamide add-on therapy for focal epilepsy
31. Inhaled antibiotics for pulmonary exacerbations in cystic fibrosis
32. Leukotriene receptor antagonists for eczema
33. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents

Terapia ambulatoriale breve o di lunga durata con lo stesso antibiotico per la polmonite acquisita in comunità in adolescenti e adulti

López-Alcalde J, et al.

Short-course versus long-course therapy of the same antibiotic for community-acquired pneumonia in adolescent and adult outpatients

The Cochrane Library, 2018

Non sono stati trovati RCT includibili in questa revisione per la valutazione di una terapia antibiotica breve rispetto a un trattamento prolungato con lo stesso antibiotico allo stesso dosaggio giornaliero per la polmonite acquisita in comunità in pazienti ambulatoriali adolescenti e adulti.

Colostro orofaringeo nella prevenzione di mortalità e morbidità nei prematuri

Nasuf AWA, et al.

Oropharyngeal colostrum in preventing mortality and morbidity in preterm infants

The Cochrane Library, 2018

Porre una piccola quantità di colostro direttamente sulla mucosa orale dei neonati pretermine durante il primo periodo neonatale può fornire fattori immunologici e di crescita che stimolano il sistema immunitario e aumentano la crescita intestinale. Questi benefici potrebbero potenzialmente ridurre il rischio di infezione ed enterocolite necrotizzante (NEC) e migliorare la sopravvivenza e gli esiti a lungo termine. Sono stati inclusi sei studi che hanno confrontato il colostro orofaringeo (OPC) versus acqua, soluzione salina, placebo, o latte umano donato, o versus nessun intervento, arruolando 335 prematuri con età gestazionale da 25 a 32 settimane di gestazione e peso alla nascita da 410 a 2500 grammi. Non sono state trovate differenze significative tra OPC e i controlli per gli outcome primari, incidenza di NEC (RR 1.42, CI 95% 0.50, 4.02; $p=0.51$; $I^2=0\%$; evidenza di qualità molto bassa), incidenza di infezioni late-onset (RR 0.86, CI 95% 0.56, 1.33; $p=0.50$; $I^2=0\%$; evidenza di qualità molto bassa), e morte prima della dimissione (RR 0.76, CI 95% 0.34, 1.71; $p=0.51$; $I^2=0\%$; evidenza di qualità molto bassa). Anche la metanalisi non ha mostrato differenze nella durata della degenza tra OPC e gruppi di controllo (differenza media (MD) 0.81, CI 95% -5.87, 7.5; quattro studi, 293 neonati; $p=0.65$; $I^2=49\%$). Nel gruppo OPC i giorni di nutrizione enterale completa sono risultati ridotti con MD di -2.58 giorni (CI 95% -4.01, -1.14; sei studi, 335 infants; $p=0.0004$; $I^2=28\%$; evidenza di qualità molto bassa).

L'effetto di OPC risulta incerto per le piccole dimensioni del campione e per le imprecisioni nei risultati degli studi. Non sono stati trovati effetti avversi associati a OPC, tuttavia i dati sono insufficienti. Per valutare più precisamente gli effetti di OPC sugli outcome importanti dei prematuri sono necessari studi più ampi e ben disegnati.

Prodotti medicinali omeopatici per la prevenzione e il trattamento delle infezioni respiratorie acute nei bambini

Hawke K, et al

Homeopathic medicinal products for preventing and treating acute respiratory tract infections in children

The Cochrane Library, 2018

Sono stati inclusi otto RCT (1562 bambini) che hanno confrontato prodotti omeopatici orali con placebo o trattamenti convenzionali per prevenire o trattare infezioni acute delle alte vie respiratorie (URTI) in bambini da 0 a 16 anni. Quattro studi hanno indagato l'effetto sulla guarigione da URTI, e quattro studi hanno indagato l'effetto sulla prevenzione di URTI dopo uno - tre mesi di trattamento, con follow-up per il resto dell'anno. Due studi di trattamento e due di prevenzione si sono basati su un trattamento omeopatico individualizzato, gli altri hanno utilizzato trattamenti predefiniti. In tutti gli studi sono stati impiegati prodotti omeopatici altamente diluiti. Gli studi presentavano numerose limitazioni, in particolare incoerenze metodologiche, alti tassi di abbandono, mancanza di analisi intention-to-treat, reporting selettivo, apparenti deviazioni dal protocollo. Tre studi presentavano un alto rischio di bias in almeno un ambito. Tre studi avevano ricevuto finanziamenti da aziende di omeopatia. Le incongruenze metodologiche e la significativa eterogeneità clinica e statistica hanno precluso una valida metanalisi quantitativa. Solo 4 esiti erano comuni a più di uno studio per un'analisi combinata. Gli odds ratios (OR) erano generalmente piccoli con ampi intervalli di confidenza, e i relativi studi hanno trovato effetti contrastanti. Tutti gli studi a basso rischio di bias non hanno mostrato alcun beneficio dai prodotti medicinali omeopatici. E' stata trovata evidenza di bassa qualità sulla prevenzione delle infezioni respiratorie (OR 1.14, IC 95% 0.83, 1.57) e sulla necessità di terapia antibiotica (N = 369) (OR 0.79, IC 95% 0.35, 1.76) da parte dei prodotti omeopatici individualizzati. Non è stato possibile aggregare dati sugli esiti secondari: effetti avversi, tassi di ospedalizzazione e durata di degenza, qualità della vita. Due studi di trattamento individualizzato (N = 155) non hanno portato evidenze sufficienti a determinare l'effetto dell'omeopatia sulla cura a breve termine (OR 1.31 a favore del placebo, IC 95% 0.09, 19.54; evidenza di qualità molto bassa) e a lungo termine (OR 0.99, IC 95% 0.10, 9.67; evidenza di qualità molto bassa). Complessivamente i due studi sulla prevenzione e i due sul trattamento non mostrano alcun beneficio dei prodotti omeopatici rispetto al placebo sui tassi di ricorrenza e di cura delle infezioni respiratorie.

Terapia anti fungina topica e sistemica per la rinosinusite cronica

Head K, et al.

Topical and systemic antifungal therapy for chronic rhinosinusitis

The Cochrane Library, 2018

Questa review, che si aggiunge a una serie di altre revisioni sul trattamento medico della rinosinusite cronica, ha l'obiettivo di valutare gli effetti di antifungini topici e sistemici nei pazienti con rinosinusite cronica, compresi quelli con rinosinusite fungina allergica. Sono stati selezionati RCT con un follow-up di

almeno 2 settimane che confrontavano antifungini topici o sistemici con placebo, nessun trattamento, altri interventi farmacologici, o un antifungino differente. Sono stati inclusi otto studi (490 partecipanti adulti). La presenza di polipi nasali era un criterio di inclusione in tre studi e di esclusione in uno studio, mentre gli studi rimanenti includevano una popolazione mista. Nessuno studio ha specificatamente studiato gli effetti degli antifungini nei pazienti con rinosinusite fungina allergica. A causa della qualità molto bassa delle evidenze, non è certo se l'utilizzo di antifungini topici o sistemici abbia un impatto sugli esiti di pazienti adulti con rinosinusite in confronto al placebo o a nessun trattamento.

Ibuprofene per il trattamento del dotto arterioso pervio in neonati prematuri e/o di basso peso

Ohlsson A, et al.

Ibuprofen for the treatment of patent ductus arteriosus in pre-term or low birth weight (or both) infants

The Cochrane Library, 2018

La terapia standard per chiudere un dotto arterioso pervio (PDA) è l'indometacina, ma si associa a un ridotto flusso ematico a carico di molti organi. L'ibuprofene, un altro inibitore della ciclo-ossigenasi, potrebbe essere efficace con meno effetti collaterali. Sono stati inclusi 39 studi che hanno arruolato 2.843 neonati. L'ibuprofene è risultato efficace come l'indometacina nella chiusura del PDA, e riduce il rischio di NEC e insufficienza renale transitoria, tanto che sembra essere il farmaco di prima scelta. La somministrazione orale di ibuprofene risulta efficace come la somministrazione in vena. Sono necessari ulteriori studi per verificare l'efficacia di alte dosi rispetto alle dosi standard, e della somministrazione precoce rispetto a quella in attesa di ibuprofene, della somministrazione ecocardio – guidata rispetto all'infusione e.v. standard, e dell'infusione continua rispetto ai boli intermittenti di ibuprofene. Inoltre mancano studi sull'effetto dell'ibuprofene sugli esiti a lungo termine nei bambini con PDA.

Supplementazione di calcio in gravidanza per prevenire ipertensione e problemi correlati

Hofmeyr GJ, et al.

Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems

The Cochrane Library, 2018

La pre-eclampsia e l'eclampsia sono frequentemente causa di morbidità e mortalità. La supplementazione con calcio può ridurre il rischio di pre-eclampsia, e può aiutare a prevenire la nascita pretermine. Questo aggiornamento di una review pubblicata nel 2014 si è posta l'obiettivo di verificare gli effetti della supplementazione di calcio in gravidanza sulle patologie ipertensive gravidiche e relativi esiti materni e neonatali. Sono stati inclusi RCT che hanno confrontato supplementazioni in gravidanza ad alte dosi (almeno 1 g/die di calcio) con placebo. Per le basse dosi di calcio sono stati inclusi studi quasi-randomizzati, studi senza placebo, studi con co-interventi e studi con confronto di dosaggio. Sono stati inclusi 27 studi (18.064 donne), giudicati a

basso rischio di bias sebbene, a causa dell'insufficiente reporting e della carente informazione sui metodi, fosse spesso difficile da stabilire. La supplementazione ad alte dosi può ridurre il rischio di pre-eclampsia e nascita pretermine, particolarmente per le donne con dieta a basso contenuto di calcio (evidenza di bassa qualità). L'effetto del trattamento può essere sovrastimato a causa delle piccole dimensioni degli studi o bias di pubblicazione. Si riduce l'esito composto "mortalità materna o grave morbidità", ma non di nato-morto o ricovero del neonato in terapia intensiva. C'è stato un rischio aumentato di sindrome HELLP con la supplementazione di calcio, sebbene risultata piccola in numero assoluto. Per quanto riguarda le basse dosi c'è un'evidenza limitata di riduzione di pre-eclampsia, ipertensione e ricovero del neonato in terapia intensiva, ma sono necessarie conferme da studi più grandi e di alta qualità.

Terapia familiare per l'anoressia nervosa

Fisher CA, et al.

Family therapy approaches for anorexia nervosa

The Cochrane Library, 2018

Con il termine "Family therapy approaches" si intende una varietà di proposte terapeutiche, derivate da diverse teorie, che coinvolgono la famiglia nel trattamento. Sono state incluse terapie sviluppate sulla base di teorie dominanti, ma anche approcci che coinvolgono la famiglia in assenza di un orientamento teorico articolato. Questo è un aggiornamento di una revisione pubblicata nel 2010. Sono stati inclusi 25 studi (13 dalla versione originale del 2010 e 12 nuovi). La popolazione era costituita da adolescenti in 16 studi, da adulti in 8 studi, e da tre gruppi di età (adolescenti, giovani adulti, adulti) in 1 studio. Poche evidenze di bassa qualità suggeriscono che gli approcci basati sulla terapia familiare sono efficaci a breve termine rispetto al trattamento usuale. Questo dato si basa su 2 studi con potenziali bias e un piccolo numero di partecipanti. Non c'è evidenza sufficiente per stabilire se le terapie di tipo familiare, in una popolazione di qualsiasi età, siano vantaggiose rispetto agli interventi educativi (uno studio, qualità molto bassa), a terapie psicologiche (cinque studi, qualità molto bassa). Mancano evidenze per determinare se un certo tipo di approccio familiare sia migliore di un altro.

Formule per lattanti con proteine idrolizzate per la prevenzione della patologia allergica

Osborne DA, et al.

Infant formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergic disease

The Cochrane Library, 2018

Le formule per lattanti con proteine idrolizzate sono state ampiamente raccomandate per la prevenzione della patologia allergica infantile in sostituzione della formula standard a base di latte di mucca. Sono stati ricercati studi randomizzati e quasi randomizzati che confrontavano l'impiego di formule idrolizzate rispetto al latte umano e formule standard. Degli studi includibili sono stati considerati gli esiti con un follow-up di partecipanti $\geq 80\%$. Sono stati inclusi 16 studi. Non sono state trovate evidenze a sostegno dell'alimentazione a breve e a lungo termine con formula

idrolizzata rispetto all'allattamento al seno esclusivo per la prevenzione della patologia allergica. C'è evidenza di bassa qualità che l'impiego a breve termine (in ospedale, nei primi 3-4 giorni dopo la nascita) di un idrolizzato spinto rispetto alla formula standard possa prevenire l'allergia al latte di mucca, tuttavia sono raccomandati ulteriori studi prima di implementare questa pratica. Non ci sono evidenze a sostegno dell'alimentazione prolungata con una formula idrolizzata rispetto alla formula standard per la prevenzione di patologia allergica in bambini non allattati al seno.

Modificazioni dietetiche per le coliche infantili

Gordon M, et al.

Dietary modifications for infantile colic

The Cochrane Library, 2018

L'eziopatogenesi delle coliche infantili non è chiara, verosimilmente multifattoriale. Si pensa che una serie di componenti psicologiche, comportamentali e biologiche (ipersensibilità alimentare, allergia, microflora intestinale e dismotilità) contribuiscano alle sue manifestazioni. L'obiettivo di questa revisione è stabilire gli effetti delle modificazioni dietetiche nel ridurre le coliche in lattanti di età < 4 mesi. Sono stati inclusi 15 RCT con 1.121 lattanti di età 2 - 16 settimane. Tutti gli studi erano con scarsa numerosità e ad alto rischio di bias metodologici. Gli studi hanno affrontato un ampio spettro di interventi dietetici, limitando la portata della metanalisi. La qualità delle evidenze è risultata molto bassa. Sono stati studiati: dieta ipoallergenica materna vs dieta contenete potenziali allergeni noti (uno studio, 90 bambini); dieta ipoallergenica o formula di soia vs diclofina cloridrato (uno studio, 120 bambini); formula idrolizzata vs formula standard (2 studi, 64 bambini); formula idrolizzata vs un'altra formula idrolizzata (uno studio, 22 bambini); formula idrolizzata o dieta materna priva di latte e soia vs aggiunta di counselling o educazione genitoriale (uno studio, 21 bambini); formula basata su siero di latte, parzialmente idrolizzata, a basso contenuto di lattosio, contenente oligosaccaridi vs formula standard con simeticone (uno studio, 267 bambini); supplementazione enzimatica con lattasi vs placebo (3 studi, 138 bambini); estratto di *Foeniculum vulgare*, *Matricariae recutita*, e *Melissa officinalis* vs placebo (uno studio, 93 bambini); formula di soia vs formula standard (uno studio, 19 bambini); formula di soia con polisaccaridi vs formula di soia standard (uno studio, 27 bambini). Nessuno studio ha riferito su esiti secondari relativi a qualità della vita familiare e dei genitori, durata del sonno del bambino nelle 24 ore o soddisfazione dei genitori. Attualmente le evidenze sull'efficacia di modificazioni dietetiche per il trattamento delle coliche infantili sono scarse e a significativo rischio di bias. I pochi studi disponibili hanno campioni piccoli e gravi limitazioni. I benefici riportati per gli idrolizzati sono inconsistenti; ad oggi non è possibile raccomandare alcun intervento.

Elio per il croup nei bambini

Moraa I, et al.

Heliox for croup in children

The Cochrane Library, 2018

Una miscela di elio e ossigeno (heliox) può prevenire morbilità e mortalità nei neonati ventilati riducendo la viscosità dell'aria inalata. Viene correntemente usata durante il trasporto di emergenza dei bambini con croup grave. Evidenze aneddotiche suggeriscono che migliori il distress respiratorio. Questa revisione aggiorna le precedenti versioni 2010 e 2013; l'obiettivo è esaminare l'effetto dell'heliox rispetto all'ossigeno o altri interventi attivi, placebo o nessun trattamento nel ridurre segni e sintomi in bambini con croup, tassi di ricovero e intubazione. Sono stati inclusi 3 RCT con 91 bambini di età 6 mesi - 4 anni. Tutti gli studi sono stati condotti in dipartimenti di emergenza in USA (due studi) e Spagna. L'heliox è stato somministrato come miscela di elio e ossigeno (rispettivamente al 70 e 30%). Il rischio di bias era basso in 2 studi, alto in uno studio con disegno open-label. Non sono stati aggiunti nuovi studi a questo aggiornamento. Uno studio di 15 bambini con croup moderato ha confrontato heliox con ossigeno umidificato 30% per 20 minuti. Non sono state trovate differenze tra i gruppi nella modificazione dello score di gravità, nella frequenza respiratoria e cardiaca media a 20 minuti. Non sono stati riportati dati su ospedalizzazione, intubazione o nuovo accesso in Pronto Soccorso. In un altro studio 47 bambini con croup moderato hanno ricevuto una dose orale di desametasone (0.3 mg/kg) associata a heliox per 60 minuti o a nessun trattamento. L'heliox può migliorare lievemente lo score del croup 60 minuti dopo l'intervento, ma non ci sono differenze tra i gruppi a 120 minuti, e non ci sono differenze nei tassi di ospedalizzazione. Nel terzo studio, 29 bambini con croup da moderato a grave sono stati trattati con desametasone intramuscolare (0.6 mg/kg) associato a heliox con una o due dosi di soluzione salina nebulizzata, oppure ossigeno 100% con una o due dosi di adrenalina. L'heliox può migliorare lievemente lo score di croup a 90 minuti dopo l'intervento, ma con poca o nulla differenza complessiva analizzando misurazioni ripetute. Resta quindi incertezza circa l'efficacia e sicurezza di heliox.

Antileucotrieni per l'eczema

Ferguson L, et al.

Leukotriene receptor antagonists for eczema

The Cochrane Library, 2018

Per stabilire i possibili benefici e rischi degli antagonisti sui recettori per i leucotrieni (LTRA) nell'eczema sono stati selezionati RCT in cui gli LTRA, soli o in combinazione con altri trattamenti, sono stati confrontati con altri trattamenti per l'eczema in fase acuta o cronica in bambini e adulti. Solo 5 studi con 202 partecipanti rispettavano i criteri di inclusione; i dati riguardavano solo il montelukast. Mancano evidenze relative alla domanda della revisione, e la qualità delle evidenze disponibili per la maggior parte degli esiti rilevati è bassa. Alcuni esiti primari e secondari non sono stati del tutto affrontati, compreso il controllo a lungo termine. Non è stata trovata evidenza di differenza tra il montelukast (10 mg) e il placebo sulla gravità della malattia, il miglioramento del prurito e l'uso di cortisonici topici. Non vi è certezza dell'effetto del montelukast (10 mg) rispetto al trattamento convenzionale sulla gravità della malattia. Le gravi limitazioni sono costituite dal fatto che tutti gli studi erano focalizzati solo sul montelukast e includevano principalmente soggetti adulti con eczema moderato o grave; inoltre ogni esito è stato valutato in un piccolo campione di popolazione.