

Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (settembre-ottobre 2019)

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 2019. 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.

Revisioni sistematiche nuove o aggiornate di area pediatrica settembre-ottobre 2019 (Issue 9-10, 2019)

1. Inhaled steroids with and without regular formoterol for asthma: serious adverse events
2. Oral non-steroidal anti-inflammatory drug therapy for lung disease in cystic fibrosis
3. Medical and surgical interventions for the treatment of urinary stones in children
4. Magnesium for treating sickle cell disease
5. Once-daily versus multiple-daily dosing with intravenous aminoglycosides for cystic fibrosis
6. Clients' perceptions and experiences of targeted digital communication accessible via mobile devices for reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health: a qualitative evidence synthesis
7. Valproate for acute mania
8. Prostanoids and their analogues for the treatment of pulmonary hypertension in neonates
9. Band ligation versus beta-blockers for primary prophylaxis of oesophageal variceal bleeding in children with chronic liver disease or portal vein thrombosis
10. Botulinum toxin type A in the treatment of lower limb spasticity in children with cerebral palsy
11. Oxandrolone for growth hormone-treated girls aged up to 18 years with Turner syndrome
12. Interventions to improve disposal of child faeces for preventing diarrhoea and soil-transmitted helminth infection
13. Antioxidant supplementation for lung disease in cystic fibrosis
14. Inhaled nitric oxide for treating pain crises in people with sickle cell disease
15. Vaccines for preventing rotavirus diarrhoea: vaccines in use
16. Conservative interventions for treating functional daytime urinary incontinence in children
17. Respiratory muscle training in children and adults with neuromuscular disease
18. Tiagabine add-on therapy for drug-resistant focal epilepsy
19. Stem cell-based interventions for the prevention and treatment of germinal matrix-intraventricular haemorrhage in preterm infants
20. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes

21. Fetal biometry for guiding the medical management of women with gestational diabetes mellitus for improving maternal and perinatal health
22. Interventions for idiopathic toe walking
23. Interventions to reduce *Staphylococcus aureus* in the management of eczema
24. Regimens of vitamin D supplementation for women during pregnancy
25. The effects of interactive training of healthcare providers on the management of life-threatening emergencies in hospital
26. Stopping enteral feeds for prevention of transfusion-associated necrotising enterocolitis in preterm infants
27. Topiramate add-on therapy for drug-resistant focal epilepsy
28. Fortification of rice with vitamins and minerals for addressing micronutrient malnutrition
29. Clobazam add-on therapy for drug-resistant epilepsy

Steroidi per inalazione con e senza formoterolo regolare per l'asma: eventi avversi gravi

Janjua S *et al.*

Inhaled steroids with and without regular formoterol for asthma: serious adverse events

The Cochrane Library, 2019

Sono stati selezionati 42 studi e 39 sono stati inclusi nell'analisi: 29 studi includevano 35.751 adulti e 10 studi includevano 4.035 bambini e adolescenti. Per ogni 1.000 bambini e adolescenti trattati esclusivamente con cortisonici per via inalatoria (ICS) per 12,5 settimane, 8 hanno avuto un evento avverso serio (SAE) non fatale; il rischio corrispondente tra quelli trattati con formoterolo e ICS era di 11 bambini e adolescenti (IC 95% 6, 21). Per ogni 1.000 bambini e adolescenti trattati esclusivamente con ICS per 12,5 settimane, 3 avevano un SAE non fatale correlato all'asma; il rischio corrispondente con formoterolo + ICS era 4 (IC 95% 1, 11). Non sono state trovate differenze nel rischio di morte (per tutte le cause o correlate all'asma) negli adulti che assumono solo formoterolo e ICS rispetto al solo ICS (qualità delle prove da moderata a bassa). Non sono stati riportati decessi in bambini e adolescenti. Il rischio di morte durante l'assunzione di uno dei due trattamenti era molto basso, ma non ci sono prove certe che vi sia una differenza nella mortalità quando si assume formoterolo in aggiunta a ICS (prove di bassa qualità). Non sono state trovate differenze nel rischio di eventi avversi non fatali di qualsiasi causa negli adulti (prove di elevata qualità). Una versione precedente della revisione aveva mostrato un rischio inferiore di eventi avversi associati all'asma negli adulti che assumevano formoterolo e ICS combinati; tuttavia, l'inclusione di nuovi studi non mostra più una differenza tra i trattamenti (prove di moderata qualità). Il numero riportato di bambini e adolescenti con SAE era basso, quindi è presente l'incertezza in questa fascia di età. Sono stati inclusi i risultati di grandi studi commissionati dalla Food and Drug Administration. Le decisioni e le informazioni cliniche fornite ai pazienti in merito all'uso regolare di formoterolo e ICS devono tenere conto dell'equilibrio tra benefici sintomatici noti di formoterolo e ICS rispetto al grado di incertezza residuo associato ai suoi potenziali effetti dannosi.

Regimi di integrazione di vitamina D per le donne durante la gravidanza

Palacios C, et al.

Regimens of vitamin D supplementation for women during pregnancy

The Cochrane Library, 2019

I risultati di 19 studi condotti su 5214 donne suggeriscono che l'integrazione con 601 UI/die o più di vitamina D durante la gravidanza può ridurre il rischio di diabete gestazionale ma può fare poca o nessuna differenza per il rischio di pre-eclampsia, parto pretermine o basso peso alla nascita rispetto alle donne che ricevono 600 UI/die o meno. Le prove di 15 studi condotti su 4.763 donne suggeriscono che l'integrazione con 4.000 UI/die o più di vitamina D durante la gravidanza può fare poca o nessuna differenza per il rischio di pre-eclampsia, diabete gestazionale, parto pretermine o basso peso alla nascita rispetto alle donne che ricevono 3.999 UI/d o meno. Gli eventi avversi sono stati riportati in modo diverso nella maggior parte dei trial; in generale sono stati riportati effetti collaterali minimi o nulli o casi simili tra i gruppi. In conclusione, nelle donne in gravidanza l'integrazione con quantità maggiori della attuale raccomandazione di vitamina D può ridurre il rischio di diabete gestazionale; tuttavia, può fare poca o nessuna differenza nel rischio degli altri risultati ricercati. L'integrazione con un limite superiore all'attuale limite massimo di vitamina D sembra non aumentare il rischio degli esiti valutati nelle donne in gravidanza. La supplementazione di vitamina D sembra essere sicura.

Interventi per il Toe Walking Idiopatico

Caserta AJ, et al.

Interventions for idiopathic toe walking

The Cochrane Library, 2019

Il toe walking idiopatico (ITW) è una diagnosi di esclusione data ai bambini sani che continuano a camminare in punta di piedi anche dopo aver acquisito la capacità di camminare utilizzando il tallone. Le prove sono troppo incerte per determinare se ci siano o meno differenze nei risultati (quantità di camminata sulle punte osservata dai genitori, gamma di movimenti alla caviglia o recidiva della camminata in punta di piedi a 12 mesi) tra i bambini che hanno ricevuto calchi in gesso e iniezioni di tossina botulinica nei muscoli del polpaccio, rispetto a quelli che hanno ricevuto solo calchi in gesso. Sono presenti un piccolo numero di eventi avversi in entrambi i gruppi (dolore al polpaccio e lievi problemi della pelle durante il trattamento). In conclusione, le prove disponibili sono di elevata incertezza per determinare se il trattamento con iniezioni di tossina botulinica e calchi in gesso sono più efficaci del solo calco in gesso nei bambini con ITW non associati a una particolare condizione clinica. Le prove limitate trovate in questa revisione indicano la necessità di future ricerche sui trattamenti per questa condizione.

Effetto del timing del clampaggio del cordone ombelicale e di altre strategie per influenzare la trasfusione placentare alla nascita pretermine su esiti materni e del bambino

Rabe H, et al.

Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes

The Cochrane Library, 2019

Il clampaggio ritardato del cordone ombelicale, invece che precoce, può ridurre il rischio di morte prima della dimissione per i bambini nati prematuri. Non ci sono prove sufficienti per dimostrare quale sia la durata migliore del ritardo, uno o più minuti, e quindi non c'è ancora certezza sul momento ottimale per clampare il cordone ombelicale. Mentre le prove attualmente disponibili supportano il fatto di non clampare il cordone prima di 30 secondi nella nascita pretermine, i test futuri potrebbero confrontare diversi timing di ritardo. Le cure neonatali effettuate con il bambino accanto alla madre con il cordone intatto (non clampato) richiedono ulteriori studi e non ci sono al momento dati sufficienti. Ci sono 9 nuovi trial in attesa di completamento che potranno modificare le conclusioni della revisione appena saranno valutati i risultati.

Vaccini per prevenire la diarrea da rotavirus: vaccini attualmente in uso

Soares-Weiser K, et al.

Vaccines for preventing rotavirus diarrhoea: vaccines in use

The Cochrane Library, 2019

Il rotavirus provoca più decessi correlati alla diarrea nei bambini di età inferiore ai cinque anni rispetto a qualsiasi altro singolo agente in Paesi con elevata mortalità infantile. È anche una causa comune di ricoveri ospedalieri correlati alla diarrea in Paesi con bassa mortalità infantile. I vaccini contro il rotavirus che sono stati selezionati dall'Organizzazione mondiale della sanità includono un vaccino monovalente (RV1; Rotarix, GlaxoSmithKline), un vaccino pentavalente (RV5; RotaTeq, Merck) e, più recentemente, un altro vaccino monovalente (Rotavac, Bharat Biotech). I vaccini RV1, RV5 e Rotavac prevengono episodi di diarrea da rotavirus. Mentre nei paesi con mortalità elevata la stima dell'effetto relativo è inferiore rispetto ai paesi a bassa mortalità, esiste un numero maggiore di episodi di diarrea evitati in questi contesti poiché il rischio di base è molto più elevato. Non è stato riscontrato un aumento del rischio di eventi avversi gravi.

Interventi conservativi per il trattamento dell'incontinenza urinaria diurna funzionale nei bambini

Buckley BS, et al.

Conservative interventions for treating functional daytime urinary incontinence in children

The Cochrane Library, 2019

La stimolazione nervosa elettrica transcutanea (TENS) può essere più efficace di nessun trattamento per risolvere o ridurre l'incontinenza urinaria diurna nei bambini. Non sono presenti sufficienti prove che l'uroterapia (programmi comportamentali in cui ai bambini - e talvolta ai caregiver - viene insegnato come funzionano la vescica, i tipi di postura e i metodi adeguati per andare in bagno, la pianificazione degli orari per mangiare, e la programmazione su cosa e quanto bere) sia più efficace se integrata con gli esercizi della muscolatura del pavimento pelvico (PFMT), educazione allo svuotamento della vescica con feedback o la gestione degli allarmi per ricordare ai bambini quando andare in bagno. Non sono presenti prove sicure che l'insegnamento dello svuotamento della vescica con feedback migliori l'efficacia della TENS con l'uroterapia rispetto alla PFMT più il feedback e l'uroterapia. Non sono presenti prove sicure che la PFMT e l'uroterapia più il feedback migliorino l'efficacia della PFMT e della uroterapia se utilizzate come unico presidio terapeutico. Non sono presenti prove sicure che la PFMT o la TENS siano più efficaci degli anticolinergici (farmaci che possono ridurre le stimolazioni cerebrali che causano la contrazione e lo svuotamento della vescica). Non sono presenti prove sicure che l'educazione allo svuotamento della vescica più l'uoflussometria e il feedback aumentino il numero di bambini continenti rispetto all'utilizzo dei farmaci anticolinergici. Non sono stati segnalati eventi avversi gravi considerati correlati ai trattamenti di studio. La maggior parte degli eventi avversi non gravi e degli effetti collaterali sono stati di gravità lieve o moderata e si sono verificati in bambini sottoposti agli interventi farmacologici (nausea, dolore addominale, secchezza delle fauci, sonnolenza e cefalea). In conclusione, mancano prove di efficacia di buona qualità che possano aiutare i bambini, i loro caregiver, i medici e gli infermieri a prendere decisioni sui trattamenti da eseguire. Trial meglio disegnati potranno fornire le prove ancora necessarie sull'efficacia di interventi promettenti nei bambini con incontinenza urinaria durante il giorno, come TENS, PFMT e timer sugli orologi (o telefoni cellulari) per ricordare ai bambini di programmare il momento per andare in bagno. Infine, si spera che questa review richiami l'attenzione sulla necessità di ricercare trattamenti efficaci per l'incontinenza diurna nei bambini.