

Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) (novembre – dicembre 2023)

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 di novembre e dicembre 2023. 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 novembre-dicembre 2023 (Issue 11-10, 2023)

1. Automated oxygen delivery for preterm infants with respiratory dysfunction
2. Oral dextrose gel to prevent hypoglycaemia in at-risk neonates
3. Stem cell-based interventions for the treatment of stroke in newborn infants
4. Antibiotics for acute otitis media in children
5. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis
6. Interventions to prevent or cease electronic cigarette use in children and adolescents
7. Ventilation tubes (grommets) for otitis media with effusion (OME) in children
8. Cranberries for preventing urinary tract infections
9. Nebuliser systems for drug delivery in cystic fibrosis
10. Higher versus lower protein intake in formula-fed term infants
11. Cranberries for treating urinary tract infections
12. Positioning for lumbar puncture in newborn infants
13. Topical and oral steroids for otitis media with effusion (OME) in children
14. Diclofenac for acute postoperative pain in children
15. Interventions for improving coverage of childhood immunisation in low- and middle-income countries

Gel di destrosio orale per prevenire l'ipoglicemia nei neonati a rischio

Roberts L. et al

Oral dextrose gel to prevent hypoglycaemia in at-risk neonates

Cochrane Database of Systematic Reviews 2023

L'ipoglicemia neonatale è una condizione comune che può essere associata a lesioni cerebrali. La pratica corrente di solito include l'identificazione precoce dei neonati a rischio (ad es. neonati di madri diabetiche; neonati pretermine, piccoli o grandi per l'età

gestazionale) per l'applicazione di misure profilattiche. Tuttavia, queste misure spesso comportano l'uso di latte artificiale o il ricovero nell'unità neonatale. L'obiettivo di questo aggiornamento di una precedente revisione Cochrane pubblicata nel 2021 era valutare l'efficacia e la sicurezza del gel di destrosio orale nel prevenire l'ipoglicemia prima della dimissione dall'ospedale e nel ridurre la compromissione a lungo termine dello sviluppo neurologico nei neonati a rischio di ipoglicemia. Sono stati inclusi studi randomizzati controllati (RCT) e quasi RCT che confrontavano il destrosio orale in gel rispetto al placebo, nessun intervento o altre terapie per la prevenzione dell'ipoglicemia neonatale. Sono stati inclusi neonati a rischio di ipoglicemia, compresi i neonati di madri con diabete (tutti i tipi), peso alla nascita alto o basso e nati pretermine (< 37 settimane), di età compresa tra la nascita e le 24 ore, a cui non era ancora stata diagnosticata l'ipoglicemia. Sono stati inclusi due studi che hanno confrontato il gel di destrosio orale con il placebo in 2.548 neonati a rischio di ipoglicemia neonatale. Entrambi gli studi erano già inclusi nella versione precedente di questa revisione, ma erano disponibili nuovi dati di follow-up. La metanalisi dei due studi ha mostrato che il gel di destrosio orale riduce il rischio di ipoglicemia (rapporto di rischio (RR) 0.87, intervallo di confidenza al 95% (CI) da 0.79 a 0.95; differenza di rischio (RD) -0.06, IC 95% da -0.10 a -0.02). Probabilmente c'è poca o nessuna differenza nel rischio di effetti avversi nei neonati che ricevono il gel di destrosio orale rispetto al gel placebo (RR 1.22, IC 95% da 0.64 a 2.33; due studi, 2.510 neonati; evidenza di certezza moderata), ma non ci sono studi che confrontano il destrosio orale con altri comparatori come nessun intervento o altre terapie. Secondo le conclusioni degli autori il gel profilattico di destrosio orale riduce il rischio di ipoglicemia neonatale nei neonati a rischio e probabilmente riduce il rischio di trattamento per l'ipoglicemia senza effetti avversi. In considerazione dei suoi limitati benefici a breve termine, il gel di destrosio orale profilattico non dovrebbe essere incorporato nella pratica di routine fino a quando non saranno disponibili ulteriori informazioni sull'equilibrio dei rischi e dei danni per la successiva disabilità neurologica. Sono necessari ulteriori ampi studi di follow-up a due anni di età o più.

Antibiotici nell'otite media dei bambini

Venekamp RP. Et al.

Antibiotics for acute otitis media in children.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2023

Si tratta di un aggiornamento di una revisione pubblicata per la prima volta nel 1997 e aggiornata nel 1999, 2005, 2009, 2013 e 2015. Sono stati inclusi studi randomizzati controllati che confrontavano 1) farmaci antimicrobici con placebo e 2) trattamento antibiotico immediato con osservazione ed eventuale prescrizione ritardata di antibiotici nei bambini con otite media acuta. Sono stati inclusi 13 nuovi studi (3.401 bambini e 3.938 episodi di otite) ritenuti a basso rischio di bias. Risultati principali degli studi che hanno confrontato antibiotici con placebo: gli antibio-

tici non riducono il dolore a 24 ore (rapporto di rischio (RR) 0.89, intervallo di confidenza al 95% (CI) da 0.78 a 1.01; 5 studi, 1.394 bambini; evidenza elevata). Riducono di quasi un terzo il numero di bambini che hanno dolore a due o tre giorni (RR 0.71, IC 95% da 0.58 a 0.88; NNTB 20; 7 studi, 2320 bambini; evidenza ad alta certezza). Gli antibiotici riducono il rischio che i bambini abbiano risultati anomali della timpanometria a due-quattro settimane (RR 0.83, IC 95% da 0.72 a 0.96; NNTB 11; 7 studi, 2.138 bambini), riducono leggermente il rischio di perforazioni della membrana timpanica (RR 0.43, IC 95% da 0.21 a 0.89; NNTB 33; 5 studi, 1.075 bambini) e dimezzano il rischio di episodi di otite controlaterale (RR 0.49, IC 95% da 0.25 a 0.95; NNTB 11; 4 studi, 906 bambini). Risultati principali degli studi che hanno confrontato l'uso immediato dell'antibiotico con la vigile attesa: gli antibiotici immediati probabilmente non riducono la percentuale di bambini con risultati anomali della timpanometria a quattro settimane e potrebbero non ridurre il rischio di perforazione della membrana timpanica e il rischio di recidive. Le conclusioni di questa revisione non modificano quindi quelli delle revisioni precedenti.

Trattamenti antibiotici diversi per la faringite streptococcica di gruppo A

Hedin K. Et al.

Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis

Cochrane Database of Systematic Reviews 2023

Si tratta dell'aggiornamento di una revisione pubblicata per la prima volta nel 2010 e già aggiornata nel 2013, 2016 e 2021 con i seguenti obiettivi: valutare l'efficacia comparativa di diversi antibiotici in: (a) alleviare i sintomi (dolore, febbre); b) ridurre la durata della malattia; c) prevenire le recidive cliniche (cioè la ricorrenza dei sintomi dopo la risoluzione iniziale); e (d) prevenire le complicanze (complicanze suppurative, febbre reumatica acuta, glomerulonefrite post-streptococcica). Valutare le evidenze sull'incidenza comparativa degli effetti avversi e sul rischio-beneficio del trattamento antibiotico per la faringite streptococcica. Sono stati inclusi 19 studi riportati in 18 pubblicazioni (5.839 partecipanti randomizzati): sei studi hanno confrontato la penicillina con le cefalosporine; sei hanno confrontato la penicillina con i macrolidi; tre hanno confrontato la penicillina con il carbacephem; uno ha confrontato la penicillina con i sulfamidici; uno ha confrontato la clindamicina con l'ampicillina; e uno ha confrontato l'azitromicina con l'amoxicillina nei bambini. Nove studi hanno incluso solo bambini e 10 studi hanno incluso persone di età pari o superiore a 12 anni. La maggior parte degli studi è stata condotta in regime ambulatoriale. La segnalazione della randomizzazione, dell'occultamento dell'allocazione e del cieco è stata scarsa in tutti gli studi, che sono stati quindi classificati come ad elevato rischio di bias. Secondo gli autori questi studi non permettono di evidenziare differenze clinicamente rilevanti nella risoluzione dei sintomi quando si confrontano cefalosporine e macrolidi con penicillina nel trattamento della tonsillofaringite da streptococco. Evidenze a bassa certezza nei bambini suggeriscono che il carbacephem può essere più efficace della penicillina per la risoluzione dei sintomi. Non vi sono pro-

ve sufficienti per trarre conclusioni in merito agli altri confronti in questa revisione.

Interventi per prevenire o cessare l'uso della sigaretta elettronica nei bambini e negli adolescenti

Barnes C. et al.

Interventions to prevent or cease electronic cigarette use in children and adolescents

Cochrane Database of Systematic Reviews 2023

Gli obiettivi della revisione erano: valutare l'efficacia degli interventi per prevenire l'uso di sigarette elettroniche nei bambini e negli adolescenti (di età pari o inferiore a 19 anni) senza uso precedente; e (2) valutare l'efficacia degli interventi per cessare l'uso di sigarette elettroniche nei bambini e negli adolescenti (di età pari o inferiore a 19 anni) che le usano abitualmente. La ricerca nelle banche dati elettroniche ha identificato 7.141 citazioni, con ulteriori 287 record identificati dalla ricerca nei registri dei processi e da Google Scholar. Dei 110 studi (116 record) valutati in full text, 88 sono stati considerati non idonei all'inclusione per i seguenti motivi: esito inappropriato (27 studi); intervento (12 studi); disegno dello studio (31 studi); e partecipanti (18 studi). I restanti 22 studi (28 record) sono stati identificati come studi in corso che potrebbero essere idonei per l'inclusione in un futuro aggiornamento di revisione. Non sono stati identificati studi con dati pubblicati idonei per l'inclusione nella revisione. In conclusione non sono stati identificati RCT che soddisfacessero i criteri di inclusione per la revisione e, in quanto tali, non ci sono prove disponibili da RCT per valutare il potenziale impatto degli interventi rivolti ai bambini e agli adolescenti che usano sigarette elettroniche.

Tubi di ventilazione nei bambini con otite media con versamento (OME)

Mackeith S, et al.

Ventilation tubes (grommets) for otitis media with effusion (OME) in children

Cochrane Database of Systematic Reviews 2023

L'obiettivo di questa revisione era valutare gli effetti (benefici e rischi) dei tubi di ventilazione (gommini) per il trattamento dell'OME nei bambini. Sono stati inclusi studi randomizzati controllati (RCT) e quasi-RCT in bambini (da 6 mesi a 12 anni) con OME per ≥ 3 mesi. Sono stati inclusi studi che hanno confrontato l'inserimento del tubo di ventilazione (TV) con cinque alternative: nessun trattamento, vigile attesa (tubi di ventilazione inseriti in un secondo momento, se necessario), miringotomia, apparecchi acustici e altri trattamenti non chirurgici. Sono stati inclusi 19 RCT (2.888 bambini). La maggior parte degli studi portavano delle evidenze molto incerte, a causa degli ampi intervalli di confidenza per le stime dell'effetto, del numero esiguo di partecipanti e del rischio di bias di performance e rilevazione. Nella maggior parte degli studi sono stati utilizzati tubi di ventilazione a breve durata d'azione e quindi i dati specifici sull'uso di TV a lunga durata d'azione sono limitati.

Risultati principali

Tubi di ventilazione rispetto a nessun trattamento (quattro studi) L'odds ratio (OR) per un ritorno all'udito normale dopo 12 mesi è stato di 1.13 nei bambini trattati con TV (CI 95% da 0.46 a 2.74; 1 studio, 72 partecipanti; evidenza di certezza molto bassa).

A sei mesi, l'uso di TV può portare a una forte riduzione dell'OME persistente (rapporto di rischio (RR) 0.30, IC 95% da 0.14 a 0.65; 1 studio, 54 partecipanti; evidenza a bassa certezza).

Tubi di ventilazione precoce rispetto all'attesa vigile (sei studi)

C'è stata poca o nessuna differenza nella percentuale di bambini il cui udito è tornato alla normalità dopo 8-10 anni (cioè all'età di 9-13 anni) (RR per VT 0.98, IC 95% da 0.94 a 1.03; 1 studio, 391 partecipanti; evidenza di certezza molto bassa). L'uso di TV può anche determinare una differenza minima o nulla nel rischio di OME persistente dopo 18 mesi a 6 anni (RR 1.21, IC 95% da 0.84 a 1.74; 3 studi, 584 partecipanti; evidenza di certezza molto bassa).

Tubi di ventilazione rispetto al trattamento non chirurgico

Uno studio ha confrontato l'uso di TV con sei mesi di antibiotici (sulfisossazolo). A quattro mesi, la differenza media nelle soglie uditive era di -5,98 dB HL inferiore (migliore) per coloro che ricevevano VT, ma l'evidenza è molto incerta (IC 95% da -9.21 a -2.75; 1 studio, 125 partecipanti; evidenza di certezza molto bassa).

Tubi di ventilazione rispetto alla miringotomia

9 studi non hanno permesso di ottenere nessuna evidenza sulle differenze tra questi due trattamenti poiché gli intervalli di confidenza degli studi erano ampi e includevano la possibilità di non avere nessun effetto (RR 1.22, IC 95% da 0.59 a 2.53).

Gli autori della revisione concludono che l'uso di TV può dare piccoli miglioramenti a breve e medio termine nell'udito e modificare leggermente la persistenza dell'OME ma non è chiaro se questi effetti persistano dopo un follow-up più lungo.

Steroidi topici e orali per l'otite media con versamento (OME) nei bambini

Mulvaney CA, et al.

Topical and oral steroids for otitis media with effusion (OME) in children

Cochrane Database of Systematic Reviews 2023

La revisione si è posta l'obiettivo di valutare benefici e rischi degli steroidi topici e orali per l'OME nei bambini. Sono stati inclusi studi randomizzati controllati (RCT) e studi quasi-randomizzati in bambini di età compresa tra 6 mesi e 12 anni con OME unilaterale o bilaterale. Sono stati inclusi studi che hanno confrontato gli steroidi topici o orali con placebo o vigile attesa (nessun trattamento). Sono stati inclusi 26 studi in questa revisione (2.770 bambini). La maggior parte degli studi sugli steroidi orali ha usato il prednisolone per 7-14 giorni. Gli studi sugli steroidi topici (nasali) hanno utilizzato vari preparati (beclometasone, fluticasone e mometasone) per un periodo compreso tra due settimane e tre mesi.

Steroidi orali rispetto al placebo: gli steroidi orali probabilmente determinano poca o nessuna differenza nella percentuale di bambini con udito normale dopo 12 mesi (69.7% dei bambini con steroidi, rispetto al 61.1% dei bambini trattati con placebo,

rapporto di rischio (RR) 1.14, intervallo di confidenza al 95% (CI) da 0.97 a 1.33; 1 studio, 332 partecipanti; evidenza di certezza moderata). Le prove erano molto incerte per quanto riguarda il rischio di effetti collaterali sistemici dei corticosteroidi e non è stato possibile condurre alcuna metanalisi per questo risultato.

Steroidi orali rispetto a nessun trattamento: gli steroidi orali possono determinare poca o nessuna differenza nella persistenza dell'OME dopo tre-nove mesi (74.5% dei bambini che ricevono steroidi contro il 73% di quelli che ricevono placebo; RR 1.02, IC 95% da 0.89 a 1.17; 2 studi, 258 partecipanti; prove a bassa certezza). Le prove sugli effetti avversi erano molto incerte.

Steroidi topici (intranasali) rispetto al placebo: non sono stati identificati dati sulla percentuale di bambini che sono tornati all'udito normale. L'evidenza è molto incerta per quanto riguarda l'effetto degli steroidi nasali sulla persistenza dell'OME fino a un anno.

Steroidi topici (intranasali) rispetto a nessun trattamento: non sono stati identificati dati sulla percentuale di bambini che sono tornati all'udito normale. Tuttavia, la differenza media nella soglia uditiva finale dopo quattro settimane era inferiore di 1.95 dB (IC 95% da -3.85 a -0.05; 1 studio, 168 partecipanti; evidenza a bassa certezza). Gli steroidi nasali possono ridurre la persistenza dell'OME dopo otto settimane, ma l'evidenza era molto incerta (58.5% dei bambini trattati con steroidi, rispetto all'81.3% dei bambini senza trattamento, RR 0.72, IC 95% da 0.57 a 0.91; 2 studi, 134 partecipanti).

Gli autori concludono che nel complesso, gli steroidi orali possono avere scarso effetto nel trattamento dell'OME, con scarso miglioramento nel numero di bambini con udito normale. Ci può essere una riduzione della percentuale di bambini con malattia persistente dopo 12 mesi, ma questo piccolo beneficio deve essere soppesato rispetto ai potenziali effetti avversi associati all'uso orale di steroidi. L'evidenza per gli steroidi nasali era infine tutta a bassa o molto bassa certezza. È quindi meno chiaro se gli steroidi nasali abbiano un impatto sull'udito o sulla persistenza dell'OME. Le prove sugli effetti avversi erano molto limitate.