

Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (giugno 2020)

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 giugno 2020. 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 giugno 2020 (Issue 06, 2020)

1. Potassium binders for chronic hyperkalaemia in people with chronic kidney disease
2. Probiotic treatment for women with gestational diabetes to improve maternal and infant health and well-being
3. Ketogenic diets for drug-resistant epilepsy
4. Higher versus lower protein intake in formula-fed low birth weight infants
5. Newborn screening for galactosaemia
6. Cognitive-behavioural therapy (CBT) interventions for young people aged 10 to 18 with harmful sexual behaviour
7. Pitavastatin for lowering lipids
8. Low molecular weight heparin for prevention of central venous catheter-related thrombosis in children
9. Vitamin A and fish oils for preventing the progression of retinitis pigmentosa
10. Ventriculo-peritoneal shunting devices for hydrocephalus
11. Negative pressure wound therapy for surgical wounds healing by primary closure
12. Standard versus biofilm antimicrobial susceptibility testing to guide antibiotic therapy in cystic fibrosis
13. Antibiotic treatment for nontuberculous mycobacteria lung infection in people with cystic fibrosis
14. Vitamin K supplementation for cystic fibrosis
15. Effects of total fat intake on body fatness in adults

Trattamento probiotico nelle donne con diabete gestazionale per migliorare salute e benessere materno e infantile

Karaponi AM, et al.

Probiotic treatment for women with gestational diabetes to improve maternal and infant health and well-being

The Cochrane Library, 2020

Sono stati identificati 9 studi (695 donne gravide con diabete mellito gestazionale seguite in centri ospedalieri e universitari) che hanno confrontato probiotici versus placebo. Il rischio di bias era complessivamente basso/incerto, ma il numero di donne partecipanti piccolo. Per quanto riguarda gli esiti materni nessuno studio ha riportato esiti primari sulle modalità di parto vaginale/assistito e sul successivo sviluppo di diabete tipo 2. Non ci sono

certezze sull'effetto dei probiotici rispetto al placebo sull'ipertensione in gravidanza e sul parto cesareo. Anche per altri esiti secondari materni non ci sono certezze: emorragia postpartum; aumento ponderale durante il periodo di intervento in gravidanza e totale; glicemia a digiuno e necessità di terapia insulinica. I probiotici potrebbero essere associati con una lieve riduzione di trigliceridi e colesterolo totale. C'è evidenza di una riduzione nei marker di insulino-resistenza (HOMA-IR) e HOMA-B; e secrezione di insulina. È risultato anche un aumento dell'indice quantitativo di sensibilità insulinica (QUICKI). Per quanto riguarda gli esiti infantili non vi è certezza che i probiotici abbiano alcun effetto sul rischio di bambino grosso per l'età gestazionale o ipoglicemia neonatale. Nessuno studio ha riportato esiti sulla mortalità perinatale o disabilità neurosensoriale. Anche per altri esiti secondari non vi è certezza sulla differenza tra probiotici e placebo su età gestazionale alla nascita, nascita pretermine, macrosomia, peso alla nascita, circonferenza cranica, lunghezza, ipoglicemia infantile e ricovero in terapia intensiva neonatale (NICU). Si è dimostrata una riduzione dell'iperbilirubinemia neonatale; non sono stati riportati esiti su adiposità neonatale e successivamente nell'infanzia. Non sono stati riportati effetti avversi. Per la variabilità dei probiotici utilizzati e le piccole dimensioni degli studi i risultati di questa revisione hanno possibilità limitate di guidare le pratiche.

Diete chetogeniche per l'epilessia farmaco-resistente

Kirsty J Martin-McGill KJ, et al.

Ketogenic diets for drug-resistant epilepsy

The Cochrane Library, 2020

Si tratta di un aggiornamento di una revisione pubblicata nel 2003 e aggiornata nel 2018. Sono stati selezionati 13 studi con 932 partecipanti; 711 bambini (4 mesi - 18 anni) e 221 adulti (>16 anni). Per mancanza di cecità tutti gli studi erano ad alto rischio di bias e le evidenze per tutti gli esiti di certezza bassa o molto bassa. Per quanto riguarda i bambini il confronto diete chetogeniche (KD) versus cure usuali nell'assenza di convulsioni e riduzione di convulsioni è risultato a favore delle KD (incluso: KD classica, KD combinata con trigliceridi a media catena (MCT), solo MCT KD, dieta di Atkins modificata (MAD). Non è sicuro che questi effetti siano accurati. Gli effetti avversi più comuni erano vomito, costipazione e diarrea sia nel gruppo intervento che nei controlli. Nel confronto tra le diverse diete chetogeniche, sino al 55% dei bambini ha raggiunto l'assenza di convulsioni con la classica 4:1 KD dopo 3 mesi e sino al 85% dei bambini una riduzione delle convulsioni. Sino al 25% dei bambini erano liberi da convulsioni con la MAD e fino al 60% ha raggiunto una riduzione di convulsioni. Tutte queste evidenze sono di certezza molto bassa. Gli effetti avversi più comuni erano vomito, costipazione e diarrea; due studi hanno riportato calo ponderale e uno studio un'incidenza più elevata di ipercalcemia tra i bambini sottoposti a KD classica rispetto a MAD. Negli adulti, nessun partecipante ha ottenuto l'assenza di crisi. Una riduzione delle crisi è stata favorita dalla MAD (evidenza di certezza molto bassa). Tra gli eventi avversi, oltre a vomito, costipazione e diarrea, è stata segnalata perdita di peso. Gli autori concludono che, sebbene siano necessari ulteriori studi, nei

bambini con epilessia farmaco resistente le KD potrebbero essere efficaci e rimangono un'opzione anche negli adulti non eligibili per la terapia chirurgica.

Pitavastatina per abbassare i lipidi

Adams SP, et al.

Pitavastatin for lowering lipids

The Cochrane Library, 2020

Sono stati inclusi 47 studi (5 RCT e 42 studi before-and-after) che hanno valutato l'efficacia dose-correlata di pitavastatina in 5.436 partecipanti di ogni età, con e senza patologia cardiovascolare, per un periodo di trattamento di 3-12 settimane. I dati logaritmici dose-risposta delle dosi da 1 mg a 16 mg hanno mostrato forti effetti lineari dose-correlati su colesterolo totale, colesterolo LDL e trigliceridi. Non c'è stato un effetto dose-correlato di pitavastatina sul colesterolo HDL, che è aumentato in media del 4%. Pitavastatina al dosaggio da 1 mg/die a 16 mg/die ha ridotto il colesterolo LDL dal 33.3% al 54.7%, colesterolo totale dal 23.3% al 39.0% e trigliceridi dal 13.0% al 28.1%. Per ogni raddoppio della dose, c'era una riduzione del 5.35% del colesterolo LDL, del 3.93% del colesterolo totale, del 3.76% dei trigliceridi. L'evidenza di questi effetti è risultata di certezza alta. Nel confronto con altre statine, l'effetto di pitavastatina nella riduzione di colesterolo LDL è risultato 6 volte più potente di atorvastatina, 1.7 volte più potente di rosuvastatina, 77 volte più potente di fluvastatina e 3.3 volte meno potente di cerivastatina. Nel gruppo placebo nessuno dei 109 partecipanti ha interrotto per effetti avversi, e per tutte le dosi di pitavastatina, 3/262 partecipanti hanno interrotto per un effetto avverso.

Effetti dell'assunzione di grassi totali sul grasso corporeo negli adulti

Hooper L, et al.

Effects of total fat intake on body fatness in adults

The Cochrane Library, 2020

Sono stati inclusi 37 RCT (57.079 partecipanti). C'è un'evidenza di alta qualità che la riduzione dell'introito di grassi totali determina piccole riduzioni del grasso corporeo; questo è stato osservato in quasi tutti gli studi inclusi ed era altamente resistente alle analisi di sensibilità (evidenza di alta qualità secondo GRADE). L'effetto di mangiare meno grassi (confrontato con un'assunzione maggiore di grassi) determina una riduzione media del peso corporeo di 1.4 kg. Ciò suggerisce che la maggior perdita di peso deriva da una maggior riduzione del grasso nelle persone con minore assunzione di grassi di base, e nelle persone con più alto indice di massa corporea (BMI) iniziale. La dimensione dell'effetto sul peso non si altera nel tempo e si riflette nella riduzione di BMI, circonferenza addominale, e percentuale di grasso corporeo. Non è presente evidenza di rischi sui valori di lipidi sierici, pressione arteriosa o qualità della vita.