

Newsletter pediatrica. La sorveglianza della letteratura per il pediatra.

Newsletter Pediatrica 2010; n°28 (Volume 7): pag. 1-13

Su questo numero

Presentazione e istruzioni per l'uso	pag. 2
Letteratura primaria	
Criteri per identificare in Pronto Soccorso i bambini a rischio molto basso di lesioni cerebrali importanti dopo trauma cranico	pag. 3
Benefici incerti sull'uso dei probiotici per la prevenzione delle infezioni respiratorie del bambino	pag. 5
L'adenotomilectomia è un trattamento efficace nei bambini con PFAPA	pag. 7
La valutazione domiciliare dei fattori di rischio modificabili in bambini con asma problematico migliora la gestione della malattia	pag. 8
Il cosleeping in ambiente a rischio: ruolo nella SIDS	pag. 10
In breve	pag. 12
Cochrane Database of Systematic Review. Il 1° aggiornamento del 2010	pag. 13

La distribuzione della newsletter è limitata ai soci ACP e al personale dell'IRCCS Burlo Garofolo ed avviene per posta elettronica. Per riceverla è necessario iscriversi al servizio inviando una e-mail all'indirizzo newsletter@csbonlus.org con oggetto "Conferma newsletter" e specificando:

- 1) Nome, cognome, città e professione (pediatra di famiglia, ospedaliero, ecc)
- 2) Il numero/i della newsletter ricevuto/i e se interessano gli eventuali arretrati.

Tale e-mail va inviata **una volta sola** in occasione della prima iscrizione al servizio. La newsletter sarà successivamente inviata in automatico agli iscritti.

Gli arretrati sono disponibili sul sito www.csbonlus.org, nella sezione Risorse ([vedi](#)).

Per corrispondenza:

Luca Ronfani, e-mail: ronfani@burlo.trieste.it, tel. e fax 040 3785260

Presentazione

La newsletter nasce nel febbraio 2004 come strumento di aggiornamento per il pediatra di famiglia o ospedaliero generalista all'interno di una convenzione stipulata tra l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) e il Centro per la Salute del Bambino (CSB). Dal febbraio 2005 partecipa alla sua produzione anche il Servizio di Epidemiologia e Biostatistica dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.

Al momento sono attivi in Italia 5 gruppi di lettura che contribuiscono alla produzione della newsletter (Milano, Trieste, Verona, Vicenza, Asolo). I gruppi sono costituiti da pediatri di famiglia, ospedalieri e in formazione.

I gruppi "sorvegliano" in maniera sistematica le seguenti riviste:

- Lancet
- British Medical Journal (BMJ)
- Journal of American Medical Association (JAMA)
- New England Journal of Medicine
- Archives of Diseases in Childhood (ADC)
- Paediatrics
- Journal of Pediatrics
- Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.

Viene analizzata periodicamente la Cochrane Library per identificare revisioni sistematiche di possibile interesse per il pediatra.

Periodicamente viene prodotto un bollettino distribuito via e-mail agli iscritti al servizio.

Collaborano alla newsletter un gruppo di pediatri di famiglia, ospedalieri di primo livello, in formazione e con interesse in sanità pubblica ed epidemiologia clinica:

Redazione (Trieste): T. Burmaz, R. Buzzetti, M. Lorenzon, A. Macaluso, F. Marchetti, M.G. Pizzul, L. Ronfani, D. Rosenwirth, R. Servello, M. Spaccini.

Milano: E. Casiraghi, R. Cazzaniga, C. Costato, L. Crespi, G. Del Bono, G. Lietti, L. Martelli, G. Meregalli, A. Pirola, F. Ragazzon, P. Rogari, M. Santamaria, M.T. Tartero, F. Zanetto

Vicenza: F. Andreotti, E. Benetti, F. Fusco, R. Gallo, V. Murgia, A. Pasinato, A. Penzo, B. Ruffato, D. Sambugaro, W. Spanevello, G. Ziglio.

Verona: M. Agostini, F. Antoniazzi, M. Baldissera, M. Bolognani, P. Brutti, C. Chiamenti, M. Cipolli, M. Fornaro, M. Gaffuri, M. Gangemi, M. S. Lonardi, M. Maselli, M. Nardi, M. Previdi, F. Raimo, P. Santuz, M. Tommasi, F. Valletta, S. Zanini.

Asolo: L. Alfonsi, B. Bologna, P. Gaiotti, C. Montini, D. Mugno, G. Toffol, M. Zanellato, M. L. Zoccolo. P. Bonin e L. Todesco (ACP Jacopo Da Ponte Bassano)

Istruzioni per l'uso

La newsletter è stata pensata per un utilizzo elettronico (direttamente da PC). Le referenze degli articoli citati sono linkate all'abstract e, dove possibile, al testo completo, che possono essere visualizzati cliccando sulle parti blu (CTRL + click in caso di Windows XP) dopo essersi collegati ad Internet.

I termini statistico-epidemiologici inseriti nel testo sono linkati alle relative definizioni contenute nel glossario della versione italiana di [Clinical Evidence](#).

Principali abbreviazioni: AAP: American Academy of Pediatrics; ADC: Archives of Diseases in Childhood; APAM: Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine; BMJ: British Medical Journal; DS: deviazione standard; IC: intervallo di confidenza; JAMA: Journal of American Medical Association; J Pediatr: Journal of Pediatrics; OR: Odds Ratio; RCT: trial controllato randomizzato; RR: rischio relativo.

[Torna all'indice](#)

Letteratura primaria

Criteri per identificare in Pronto Soccorso i bambini a rischio molto basso di lesioni cerebrali importanti dopo trauma cranico.

Kuppermann N, Holmes JF, Dayan PS, et al. Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. *Lancet* 2009;374:1160-70.

Obiettivo

Studio di coorte prospettico il cui obiettivo era di derivare e validare criteri clinici per l'identificazione di bambini a rischio molto basso di lesioni cerebrali importanti dopo trauma cranico (TC) per i quali la TAC può essere risparmiata.

Metodo

P opolazione	Sono stati arruolati, in 25 Pronto Soccorso del Nord America, 42.412 soggetti con meno di 18 anni che si presentavano entro 24 ore da un trauma cranico con score di 14-15 alla Glasgow Coma Scale (GCS). Sono stati esclusi i casi con meccanismo traumatico banale (caduta da livello del terreno, impatto contro oggetti fermi mentre il bambino correva o camminava), con abrasioni e lacerazioni come unico segno/sintomo di trauma, con traumi penetranti, con tumore cerebrale noto o con preesistente patologia neurologica. I casi con GCS <14 sono stati inclusi ma considerati separatamente. Sono state arruolate 2 popolazioni consecutive con le caratteristiche descritte: la prima è stata utilizzata per derivare i fattori predittivi età specifici (<2 anni e tra 2-18 anni), la seconda per validarli (popolazioni di derivazione e di validazione sotto i due anni: 8.502 e 2.216; tra 2-18 anni: 25.283 e 6.411 rispettivamente).
F attori predittivi	Lista di variabili raccolte con scheda standardizzata prima dell'eventuale esecuzione di TAC e relative a: meccanismo di trauma, storia clinica, segni e sintomi, esame obiettivo (si veda Panel 1 del lavoro).
O utcomes	Presenza di lesioni cerebrali clinicamente rilevanti definite a priori come: morte da lesioni cerebrali traumatiche; necessità di interventi di neurochirurgia; necessità di intubazione per più di 24 ore; ricovero in ospedale per 2 notti o più. La diagnosi veniva posta dopo analisi delle cartelle cliniche, dei risultati degli esami strumentali e dopo follow up telefonico. La TAC veniva richiesta a discrezione del medico che seguiva il bambino in pronto soccorso. Rispetto alla presenza di lesioni cerebrali clinicamente rilevanti è stata valutata la predittività negativa età specifica delle variabili rilevate e descritte in "Fattori predittivi".
T empo	I campioni sono stati arruolati per la popolazione di derivazione da giugno 2004 a marzo 2006 e per la popolazione di validazione da marzo a settembre 2006.

Risultati principali

Lesioni cerebrali clinicamente rilevanti si sono verificate nello 0,9% della popolazione iniziale e lo 0,1% è stato sottoposto a intervento di neurochirurgia. Il 35,3% è stato sottoposto a TAC. Nella popolazione di validazione con meno di 2 anni, l'**assenza** di 6 fattori (alterazione dello stato mentale, ematoma del cuoio capelluto non-frontale, perdita di coscienza per più di 5 secondi, meccanismo traumatico severo, frattura del cranio palpabile, comportamento anomalo a detta dei genitori) rispetto alla presenza di almeno uno di questi aveva un valore predittivo negativo per lesioni cerebrali clinicamente rilevanti di 100% e a una sensibilità di 100%. Nella popolazione di validazione tra 2-18 anni, l'**assenza** di 6 fattori predittivi (alterazione dello stato mentale, qualsiasi perdita di coscienza, vomito, meccanismo traumatico severo, segni clinici di frattura della base del cranio, mal di testa severo) aveva un valore predittivo negativo di 99,95% e a una sensibilità di 96,8%.

Conclusioni

L'assenza dei criteri descritti consente di identificare i bambini con basso rischio di lesioni cerebrali clinicamente rilevanti per i quali la TAC può essere risparmiata.

Altri studi sull'argomento

Una [revisione sistematica](#) della letteratura (aggiornata a giugno 2002) ha incluso 16 [studi di coorte](#) o [caso-controllo](#) annidati in coorte relativi a bambini con trauma cranico, che riportavano informazioni su radiografia cranica, segni e sintomi clinici, TAC. Alla metanalisi, realizzata per i singoli segni clinici, è stata trovata una associazione [statisticamente significativa](#) tra emorragia intracranica e presenza di: frattura del cranio; segni neurologici focali; perdita di coscienza; Glasgow Coma Scale <15. La presenza di convulsioni presentava significatività al limite (ma c'era forte eterogeneità tra gli studi primari); mal di testa e vomito presi come singoli fattori non sono invece risultati predittivi di emorragia intracranica.

Una [revisione sistematica](#) della letteratura (aggiornata a dicembre 2008) ha identificato 8 algoritmi clinici predittivi per individuare i bambini tra 0 e 18 anni con trauma cranico da sottoporre a TAC. Gli algoritmi identificati variavano considerevolmente per popolazioni su cui sono stati studiati, esiti considerati, qualità metodologica e performance diagnostica. Per traumi minori e per i bambini più piccoli non sono stati identificati algoritmi diagnostici di qualità e performance accettabili. Due dei lavori inclusi nella revisione sono stati recensiti nelle newsletter 13 (Oman 2006, [vedi abstract](#)) e 17 (Dunning 2006, [vedi abstract](#)).

Referenze

Dunning J, Batchelor J, Stratford-Smith P, et al. A meta-analysis of variables that predict significant intracranial injury in minor head trauma. *Arch Dis Child* 2004;89:653-659.

Maguire JL, Boutis K, Uleryk EM, et al. Should a head-injured child receive a head CT scan? A systematic review of clinical prediction rules. *Pediatrics* 2009;124:e145-54.

Che cosa aggiunge questo studio

Deriva e valida su due diverse popolazioni e con un numero consistente di soggetti i criteri clinici utili a guidare il processo decisionale per la realizzazione di TAC nei bambini con trauma cranico, stratificando i bambini per età (vedi sotto la flow chart). Lo studio esclude i traumi banali, per cui la TAC sarebbe chiaramente non necessaria, e i traumi moderati-severi, per cui la TAC sarebbe chiaramente necessaria; inoltre include tutti i soggetti eleggibili e non solo quelli sottoposti a TAC, definendo come esito primario il trauma cranico clinicamente rilevante.

Commento

Validità interna

Disegno dello studio: è uno studio di coorte prospettico condotto su un'ampia popolazione. I criteri di inclusione ed esclusione sono ben definiti.

Esiti: sono ben definiti. Tra i criteri che definiscono le lesioni cerebrali clinicamente rilevanti, l'ospedalizzazione per più di 2 notti non può essere ritenuto un fattore, per oggettività, paragonabile agli altri (neurochirurgia, necessità di intubazione e morte).

Trasferibilità

Popolazione studiata: Lo studio è stato realizzato in Pronto Soccorso del Nord America. Non sembrano esserci particolari ragioni per ipotizzare che i risultati non siano applicabili alla realtà italiana.

Tipo di intervento: lo studio identifica e dimostra l'applicabilità di criteri per individuare i bambini a basso rischio di lesioni cerebrali clinicamente rilevanti. Tali criteri non sembrano troppo diversi da quelli identificati in altri studi o da quelli adottati nella pratica clinica italiana per decidere sulla realizzazione o meno della TAC nei bambini con trauma cranico. Una novità rilevante è la differenziazione dei criteri in base all'età.

Un editoriale che accompagna il lavoro sottolinea 2 aspetti importanti: 1) la sensibilità dei criteri identificati è molto alta (100% per età ≥ 2 anni e 97% per età < 2 anni) ma non perfetta, specie se si valuta il limite inferiore dell'intervallo di confidenza (85% e 89% rispettivamente); 2) se rigidamente tradotti nella pratica clinica, gli algoritmi sviluppati potrebbero portare a un aumento del numero di TAC. Viene quindi sottolineato come gli algoritmi diagnostici siano strumenti utili ad aiutare la decisione clinica e non a sostituirla.

Si riportano di seguito: 1) l'algoritmo diagnostico per età proposto dagli autori dello studio di Lancet recensito e 2) i criteri per una immediata richiesta di TAC in bambini con meno di 16 anni definiti dalla linea guida del NICE "Head injury: triage, assessment, investigation and early management of head injury in infants, children and adults", 2007 (vedi testo completo).

1) Algoritmo diagnostico studio Lancet	2) Criteri NICE per richiesta immediata di TAC
<p>Età <2 anni</p> <p>GCS=14 o altri segni di stato mentale alterato; o frattura cranica palpabile → SI → TAC</p> <p>NO ↓</p> <p>Ematoma dello scalpo occipitale o parietale o temporale; o storia di perdita di coscienza ≥ 5 sec; o meccanismo traumatico severo; o comportamento anomalo a detta dei genitori → SI → Osservazione o TAC sulla base di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esperienza medico - rilievo singolo vs multiplo - peggioramento dei sintomi in PS - età < 3 mesi - preferenze genitori <p>NO ↓</p> <p>TAC non raccomandata</p> <hr/> <p>Età ≥ 2 anni</p> <p>GCS=14 o altri segni di stato mentale alterato; o segni clinici di frattura della base cranica → SI → TAC</p> <p>NO ↓</p> <p>Storia di perdita di coscienza; o storia di vomito; o meccanismo traumatico severo; o mal di testa severo → SI → Osservazione o TAC sulla base di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esperienza medico - rilievo singolo vs multiplo - peggioramento dei sintomi in PS - preferenze genitori <p>NO ↓</p> <p>TAC non raccomandata</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perdita di coscienza >5 minuti (testimoniata) - Amnesia (anterograda o retrograda) con durata >5 minuti; - Sonnolenza anomala; - 3 o più episodi di vomito; - Sospetto clinico di trauma non accidentale - Convulsioni post-traumatiche in assenza di storia di epilessia; - GCS (valutato in Pronto Soccorso) <14 o, se bambino con meno di 1 anno, GCS pediatrico <15; - Sospetto di trauma del cranio aperto o con depressione o fontanella ipertesa; - Qualsiasi segno di frattura della base cranica [emotimpano, "occhi da panda" (ecchimosi periorbitali), perdita di liquor da naso o orecchie, segno di Battle (ecchimosi retroauricolari)]; - Deficit neurologici focali; - Presenza di ematomi, tumefazioni o lacerazioni sulla testa superiori a 5 cm nel bambino <1 anno; - Meccanismo traumatico rischioso (incidente stradale ad alta velocità sia come pedone, che come ciclista che come passeggero di veicolo; caduta da altezza di 3 metri o più; trauma dovuto a proiettile o ad oggetti ad alta velocità). <p>Note: GCS = Glasgow Coma Scale; PS = Pronto Soccorso</p>

[Torna all'indice](#)

Benefici incerti sull'uso dei probiotici per la prevenzione delle infezioni respiratorie del bambino.

Leyer GJ, Li S, Mubasher ME, et al. Probiotic effects on cold and Influenza-like symptom incidence and duration in children. *Pediatrics* 2009; 124; e172-e179.

Obiettivo

Trial controllato randomizzato in doppio cieco per verificare l'efficacia dei probiotici sull'incidenza di raffreddore e sintomi simil-influenzali (ILI) durante la stagione invernale in bambini sani.

Metodo

P opolazione	Bambini di età compresa tra 3-5 anni, senza malattie preesistenti e che non utilizzavano in precedenza nessuna supplementazione con probiotico. Lo studio è stato realizzato in Cina in ambulatori pediatrici.
I ntervento	I bambini arruolabili sono stati randomizzati a 2 gruppi di trattamento attivo: 1) <i>Lactobacillus acidophilus</i> NCFM (n=110); 2) <i>L acidophilus</i> NCFM in combinazione con <i>Bifidobacterium animalis</i> subsp <i>lactis</i> Bi-07 (n=112). I probiotici venivano somministrati 2 volte al giorno per 6 mesi come polvere aggiunta al latte.
C ontrollo	104 bambini sono stati randomizzati a ricevere placebo secondo le stesse modalità dei 2 gruppi di intervento.
O ucomes/Esiti	Esito primario dello studio era la presenza di sintomi simil-influenzali. Sono stati registrati da operatori sanitari o dai genitori frequenza e durata di febbre, tosse, rinorrea, vomito, diarrea, visite mediche. È stata inoltre valutata la prescrizione di antibiotici. Esito secondario dello studio era l'assenza da scuola.
T empo	Il follow up era di 6 mesi. Venivano compilati questionari standardizzati da personale dedicato o dai genitori (nel fine settimana). Per il monitoraggio domiciliare i genitori compilavano diari che venivano consegnati al personale dello studio al rientro del bambino a scuola. Lo studio è stato realizzato tra novembre 2005 e maggio 2006.

Risultati principali

I risultati sono stati analizzati secondo *intention to treat* (ITT). Sono stati complessivamente randomizzati 326 soggetti. I persi al follow up sono stati 24%, senza differenze tra gruppi. I 3 gruppi erano sbilanciati all'inizio dello studio per età (maggiore nel gruppo placebo) e per peso (maggiore nel gruppo *L acidophilus*) e questo ha richiesto un aggiustamento dei risultati. Rispetto al gruppo placebo, l'utilizzo del singolo probiotico e dell'associazione di 2 probiotici ha ridotto l'incidenza di febbre rispettivamente del 53% ($p<0,01$) e del 72,7% ($p<0,001$); l'incidenza di tosse del 41,4% ($p=0,027$) e del 62,1% ($p=0,005$); l'incidenza di rinorrea del 28,2% ($p=0,68$) e del 58,8% ($p=0,03$). Anche la durata di febbre, tosse e rinorrea ha presentato una riduzione rispetto al placebo del 32% con il probiotico singolo ($p=0,002$) e del 48% con l'associazione dei 2 probiotici ($p<0,001$). La necessità di uso di antibiotico si è ridotta rispetto al placebo del 68,4% ($p=0,0002$) con il probiotico singolo e dell'84,2% ($p<0,0001$) con la combinazione tra i 2 probiotici. I bambini che hanno utilizzato probiotici hanno presentato anche una significativa riduzione dei giorni di assenza da scuola (31,8% con il probiotico singolo e 27,2% con l'associazione). Il numero delle visite mediche non è stato differente nei tre bracci dello studio. Nessuna differenza significativa è emersa dal confronto degli esiti per i 2 gruppi in trattamento attivo.

Conclusioni

La supplementazione di probiotici attraverso la dieta per 6 mesi è risultata sicura ed efficace nel ridurre incidenza e durata di febbre, tosse e rinorrea, utilizzo di antibiotici e assenze da scuola, in bambini tra 3 e 5 anni.

Altri studi sull'argomento

Una *revisione sistematica* (aggiornata a febbraio 2008) ha identificato un numero limitato di studi nel bambino sull'efficacia dei probiotici nella prevenzione delle infezioni respiratorie. Sono stati inclusi 6 studi, di cui solo 4 sono trial controllati randomizzati in doppio cieco di buona qualità metodologica (punteggio ≥ 3 alla scala di Jadad). Vista l'eterogeneità tra i diversi studi rispetto a probiotici utilizzati, durata del trattamento, soggetti arruolati e esiti misurati, non è stata realizzata metanalisi. I risultati degli studi inclusi nella revisione sono contrastanti: un trial su *Lactobacillus GG* realizzato in bambini tra 1 e 6 anni ha evidenziato un effetto modesto in termini di riduzione delle infezioni respiratorie (-8,6%, IC 95% da -17 a -0,1%, $p=0,05$) e della loro severità (Hatakka 2001); il confronto tra 2 probiotici (*Lactobacillus reuteri* e il *Bifidobacterium lactis* BBb-12) vs placebo in bambini tra 4 e 10 mesi ha evidenziato una maggiore frequenza di episodi febbrili nei controlli (in media 0,41 vs 0,11 in *L reuteri* e 0,27 in *B lactis*) ma nessuna differenza su incidenza dei sintomi respiratori (Weizman 2005; studio supportato da ditta produttrice di latte formulato); uno studio su *L Casei* (Actimel) vs placebo realizzato in bambini tra 3 e 12 anni non ha mostrato differenze significative nei giorni con malattia respiratoria, mentre una differenza significativa è stata evidenziata per incidenza (32% vs 49%) e durata (1,32 giorni vs 1,8 giorni) di infezioni respiratorie basse (bronchite o polmonite) (Cobo Sanz 2006; sponsorizzato da ditta produttrice); la somministrazione per 7 mesi a bambini non più allattati al seno a 14 giorni di vita di un latte in formula contenente *Bifidobacterium longum* BL999 e probiotici vs latte in formula comune non ha evidenziato differenze significative nell'incidenza delle infezioni respiratorie (uno o più episodi: 28% vs 42%, $p=0,14$) (Puccio 2007; sponsorizzato da ditta produttrice). Le conclusioni dei revisori, basate su trial realizzati sia in adulti che in bambini sono che i probiotici, assunti come profilassi, non riducono l'incidenza di infezioni respiratorie ma possono apportare benefici su severità e durata degli episodi.

Due ulteriori RCT pubblicati nel 2009 evidenziano un possibile effetto benefico in termini di: 1) riduzione del rischio di ricorrenza di infezione respiratoria nel primo anno di vita (28% vs 55%, $p=0.02$) in seguito a somministrazione fino a 12 mesi di formula supplementata con *L rhamnosus GG* e *B lactis Bb-12* vs placebo in bambini con meno di 2 mesi non più allattati al seno (Rautava 2009; sponsorizzato); 2) riduzione modesta ma **statisticamente significativa** nelle infezioni respiratorie diagnosticate da un medico nel gruppo che ha ricevuto *L casei rhamnosus* vs placebo (in media riduzione di 0,3 episodi/mese) (Lin 2009). Questo studio non ha invece evidenziato differenze tra placebo e *L rhamnosus T cell-1* e tra placebo e probiotici multipli.

Referenze

Vouloumanou EK, Makris GC, Karageorgopoulos DE, et al. Probiotics for the prevention of respiratory tract infections: a systematic review. *Int J Antimicrob Agents* 2009;34:197

Rautava S, Salminen S, Isolauri E. Specific probiotics in reducing the risk of acute infections in infancy-a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Nutr* 2009;101:1722-6.

Lin JS, Chiu YH, Lin NT, et al. Different effects of probiotic species/strains on infections in preschool children: A double-blind, randomized, controlled study. *Vaccine* 2009;27:1073-9.

Che cosa aggiunge questo studio

Evidenzia la possibilità di un effetto, relativamente ai probiotici sperimentati e alla fascia di età considerata, sui sintomi simil-influenzali.

Commento

Validità interna

Disegno dello studio: Il disegno dello studio è adeguato per rispondere al quesito. Lo studio è però a rischio di **bias**: 1) non è stata descritta la procedura di mascheramento della sequenza generata dalla randomizzazione (allocation concealment); 2) non è chiaro se la cecità fosse garantita per il personale degli ambulatori che valutava i sintomi e somministrava il prodotto; 3) i pazienti persi al follow up sono stati numerosi (24%), anche se non erano presenti differenze di rilievo tra i 3 gruppi. L'analisi è stata comunque realizzata per **intention to treat** tenendo conto per i persi al follow up dell'ultimo dato disponibile; 4) lo studio è sponsorizzato e 2 dei ricercatori sono dipendenti della ditta.

Esiti: Sono stati valutati esiti rilevanti ma non viene riportata alcuna definizione, specie per quelli clinici (tosse, febbre, rinorrea, diarrea, vomito).

Trasferibilità

Popolazione studiata: la descrizione di incidenza e durata delle malattie respiratorie nei bambini 3-5 anni di questo studio è diversa da quello che noi quotidianamente vediamo nei nostri ambulatori. La descrizione dei pazienti reclutati non ci sembra trasferibile nella nostra realtà (7,5 giorni di rinorrea e tosse in un inverno e perdita di 4,5 giorni di scuola/anno).

Tipo di intervento: la somministrazione quotidiana di un po' di yogurt tutti i giorni è una pratica assolutamente trasferibile ma non i risultati dello studio, visti i limiti metodologici descritti, la sponsorizzazione e le caratteristiche della popolazione arruolata, che sembra diversa da quella seguita presso i nostri ambulatori. I risultati sono percentualmente clamorosi, più modesti in termini assoluti, anche perché si partiva da una popolazione che già in partenza si ammalava poco. Anche le altre evidenze identificate ci aiutano poco a orientarci: in generale, qualche beneficio viene dimostrato, ma i risultati sono contrastanti. Inoltre i probiotici e le età in cui sono stati studiati differiscono molto da studi a studio, rendendo difficile capire la reale efficacia dell'intervento. Considerando inoltre che molti degli studi citati sono sponsorizzati, ci sembra opportuno su questo argomento mantenere elevato il livello critico ed anche un po' di sano scetticismo, se si pensa anche al dato di fatto che i probiotici, nella letteratura medica, sono stati di fatto proposti negli ultimi anni come rimedio (profilattico o terapeutico), nelle più svariate condizioni cliniche: dalle allergie, alle malattie infiammatorie croniche, senza mai una chiara dimostrazione di sicura efficacia. Sarebbe auspicabile che, nell'ambito della categoria di bambini con una storia clinica "rilevante" di infezioni respiratorie ricorrenti, si potesse condurre un RCT indipendente che dia risultati inconfutabili rispetto al profilo di costo/beneficio di questa classe di pseudo-farmaci, in cerca ancora di chiare indicazioni.

[Torna all'indice](#)

L'adenotonsillectomia è un trattamento efficace nei bambini con PFAPA.

Garavello W, Romagnoli M, Gaini RM. Effectiveness of adenotonsillectomy in PFAPA Syndrome: a randomized study. *J Pediatr* 2009;155:250-3.

Obiettivo

Trial controllato randomizzato in aperto per valutare se l'adenotonsillectomia porta a completa risoluzione dei sintomi in bambini con PFAPA (Periodic Fever Aphthous stomatitis, Pharyngitis, cervical Adenitis).

Metodo

P opolazione	Erano eleggibili bambini con diagnosi di PFAPA secondo i seguenti criteri diagnostici: 1) esordio precoce della malattia (prima dei 5 anni); 2) episodi febbrili ricorrenti della durata approssimativa di 5 giorni, associati a sintomi generali e ad almeno uno dei seguenti sintomi: stomatite aftosa, faringite, linfadenite laterocervicale, in assenza di altri segni di infezione del tratto respiratorio; 3) pronta remissione dei sintomi dopo somministrazione di corticosteroidi e intervallo tra gli episodi completamente asintomatico; 4) crescita e sviluppo normali. Lo studio è stato realizzato in Italia, presso un Dipartimento di Otorinolaringoiatria universitario.
I ntervento	19 soggetti sono stati randomizzati a ricevere adenotonsillectomia. Era consentito l'uso dei corticosteroidi all'esordio del singolo episodio.
C ontrollo	20 soggetti sono stati randomizzati all'attesa senza intervento chirurgico. Era consentito l'uso dei corticosteroidi all'esordio del singolo episodio.
O utcomes/Esiti	Outcome primario: immediata e persistente risoluzione dei sintomi nel periodo di follow up (18 mesi); outcome secondario: risoluzione dei sintomi nel tempo.
T empo	I soggetti arruolati sono stati seguiti attivamente per 18 mesi e invitati a visite di controllo ogni 3 mesi. Chi era impossibilitato a presentarsi alle visite veniva contattato telefonicamente per fissare un nuovo appuntamento. Lo studio è stato realizzato tra febbraio 2003 e dicembre 2006.

Risultati principali

Sono stati randomizzati 39 pazienti. Non c'è stata perdita al follow up. Le caratteristiche di base dei bambini allocati ai 2 gruppi erano sostanzialmente simili, specie per quanto riguarda le caratteristiche della malattia. 12 pazienti appartenenti al gruppo adenotonsillectomia (63%) e 1 al gruppo terapia medica (5%) hanno visto la risoluzione immediata del problema ($p < 0,001$). Il numero medio di episodi di PFAPA si è fortemente ridotto nel gruppo "chirurgico" vs gruppo attesa ($0,7 \pm 1,2$ vs $8,1 \pm 3,9$ rispettivamente) e dopo un anno nessuno dei pazienti reclutati per l'intervento ha più presentato episodi. Eventuali recidive sono state meno pesanti nel gruppo "chirurgico".

Conclusioni

L'adenotonsillectomia rappresenta un trattamento efficace nei bambini con sindrome PFAPA

Altri studi sull'argomento

Abbiamo identificato un solo [trial controllato randomizzato](#), di piccole dimensioni, pubblicato nel 2007 sempre su *Journal of Pediatrics*, che ha randomizzato 26 bambini (età media 4,1 anni) con PFAPA a ricevere tonsillectomia vs attesa. Sei mesi dopo la randomizzazione, 14/14 bambini operati (100%) sono risultati liberi da sintomi contro 6/12 (50%) del gruppo "attesa" ($p < 0,001$).

Nella sezione background del trial recensito, gli autori segnalano una decina di studi non controllati (serie di casi) che confermano l'efficacia della adenotonsillectomia.

Referenze

Renko M, Salo E, Putto-Laurila A, Saxen H, Mattila PS, Luotonen J, et al. A randomized, controlled trial of tonsillectomy in periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis syndrome. *J Pediatr* 2007;151:289-92.

Che cosa aggiunge questo studio

Conferma l'efficacia della adenotonsillectomia nella PFAPA nel contesto di un trial clinico controllato.

Commento

Validità interna

Disegno dello studio: Si tratta di un trial clinico randomizzato in aperto (non era possibile mascherare l'intervento chirurgico). Randomizzazione e nascondimento della sequenza sembrano adeguate.

Esiti: l'esito considerato è clinicamente rilevante. Il follow up è adeguato.

Trasferibilità

Popolazione studiata: Si tratta di bambini con caratteristiche facilmente riscontrabili nei nostri pazienti. Lo studio è stato inoltre realizzato in Italia.

Tipo di intervento: le evidenze riportate, anche se i trial clinici controllati sono solo 2 e entrambi di piccole dimensioni, dimostrano l'efficacia della tonsillectomia nei pazienti con PFAPA in termini di risoluzione dei sintomi. L'adenotonsillectomia è peraltro un intervento comunemente praticato nei bambini affetti da questa condizione e l'efficacia è dimostrata in studi di coorte in percentuali simili a quelle riportate nei due RCT.

[Torna all'indice](#)

La valutazione domiciliare dei fattori di rischio modificabili in bambini con asma problematico migliora la gestione della malattia.

Bracken M, Fleming L, Hall P, et al. The importance of nurse-led home visits in the assessment of children with problematic asthma. *Arch Dis Child* 2009;94:780–84.

Obiettivo

Studio di coorte prospettico per identificare e valutare grazie a visita domiciliare da parte di un'infermiera fattori di rischio potenzialmente modificabili in bambini con asma problematico.

Metodo

P opolazione	71 bambini, di età compresa tra 4,5 e 17,5, anni con asma problematico, in follow-up presso un centro pediatrico per malattie respiratorie di 3° livello a Londra. Sono stati reclutati i bambini con sintomi persistenti (>3 giorni/settimana), o frequenti esacerbazioni (>1/mese), nonostante un livello di trattamento di almeno 4 secondo le linee-guida British Thoracic Society/Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
E sposizione	Visita preliminare in ospedale da parte di un'infermiera seguita da una successiva visita domiciliare. Nell'ambito della valutazione ospedaliera iniziale sono stati eseguiti: prick test, misurazione salivare dell'esposizione al tabacco, revisione della tecnica di inalazione e spirometria. La visita domiciliare è stata indirizzata a valutare esposizione a allergeni, fumo, adesione alla terapia e aspetti psicosociali.
O ucomes/Esiti	Identificazione e successivo tentativo di cambiamento di fattori di rischio esacerbanti la malattia, con lo scopo di evitare il ricorso a ulteriori accertamenti e terapie.
T empo	Da febbraio 2005 a giugno 2008

Risultati principali

Fattori di rischio potenzialmente modificabili sono stati identificati in 56/71 bambini (79%). In molti casi sono state rilevate cause multiple di scarso controllo della malattia: persistenza di esposizione ad allergeni (22 bambini, pari al 31%); fumo passivo e attivo (18 bambini, pari al 25%); scarsa aderenza alla terapia (34 bambini, pari al 48%); fattori psicosociali (42 famiglie, pari al 59%). Durante la visita a casa è stata valutata insufficiente la profilassi ambientale nei confronti dell'esposizione agli acari della polvere nell'84% dei bambini sensibilizzati. In 39 bambini (55%) i fattori identificati e le successive raccomandazioni fornite hanno evitato successivi incrementi di prescrizioni farmacologiche.

Conclusioni

La valutazione dei bambini asmatici problematici gestita da personale infermieristico e comprensiva di visita domiciliare, può aiutare a identificare potenziali aree di miglioramento nella gestione a domicilio, con particolare riguardo alla riduzione dei fattori di rischio modificabili e ad una maggiore attenzione da parte dei genitori nel corretto utilizzo dei farmaci prescritti.

Altri studi sull'argomento

Una [revisione sistematica](#) Cochrane aggiornata al febbraio 2009 ha dimostrato l'efficacia di interventi educativi nel migliorare esiti di salute (riduzione di accessi in Pronto Soccorso o di ricovero in ospedale) in bambini visitati per asma al Pronto Soccorso. La revisione ha considerato interventi realizzati in Pronto Soccorso, a casa, in comunità, con coinvolgimento di diverse figure (infermiere, farmacisti, educatori, ecc) e realizzati con diverse modalità (individuali, in gruppo, con piano di azione scritto, ecc). Sono stati esclusi però gli studi che prevedevano come intervento primario la sola modificazione ambientale a casa, a meno che il focus non fosse quello educativo. La letteratura disponibile su questo aspetto specifico dimostra comunque che la visita domiciliare può aiutare i soggetti asmatici a sviluppare piani di autogestione della malattia e a minimizzare l'esposizione a fattori scatenanti ambientali. Ad esempio, un RCT che ha arruolato più di 900 bambini ha valutato un intervento sull'ambiente domestico volto a ridurre l'esposizione ad allergeni e a fumo di tabacco che includeva educazione e risanamento (con fornitura ad esempio di coprimaterassi e di speciali aspirapolvere). L'intervento ha portato a un aumento significativo dei giorni liberi da asma (circa 1 giorno in più ogni 2 settimane). Un recente RCT, che ha arruolato più di 300 soggetti asmatici, ha dimostrato un aumento clinicamente rilevante dei giorni liberi da malattia (circa 1 giorno in più ogni 2 settimane o 24 giorni in più in 1 anno) nel gruppo che riceveva oltre alle cure standard (educazione fornita da un'infermiera a livello ambulatoriale) la visita domiciliare di un operatore sanitario di comunità. Nel corso della visita veniva valutato l'ambiente domestico, realizzato un intervento educativo, fornito supporto sociale.

Referenze

Boyd M, Lasserson TJ, McKean MC, et al. Interventions for educating children who are at risk of asthma-related emergency department attendance. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD001290

Morgan WJ, Crain EF, Gruchalla RS, et al. Results of a home-based environmental intervention among urban children with asthma. *N Engl J Med* 2004;351:1068–80

Krieger J, Takaro TK, Song L, et al. A randomized controlled trial of asthma self-management support comparing clinic-based nurses and in-home community health workers: the Seattle-King County Healthy Homes II Project. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:141–9.

Che cosa aggiunge questo studio

Questo studio mette in evidenza che nei soggetti con asma persistente non controllata malgrado una adeguata terapia di fondo, le cause di questo cattivo controllo sono nelle maggioranza dei casi da ricercare nella non aderenza al trattamento, nella mancata attuazione delle misure di profilassi secondaria, nella presenza di problematiche psicosociali e solo raramente sono riconducibili a una errata diagnosi o a corticoresistenza. La valutazione dei bambini asmatici problematici gestita da personale infermieristico e comprensiva di visita domiciliare consente di identificare dove sono i problemi e di agire di conseguenza.

Commento

Validità interna

Disegno dello studio: studio di coorte prospettico. Il disegno pare adeguato agli obiettivi. La mancanza di un gruppo di controllo e di un follow up a lungo termine rendono i risultati più deboli, anche se la metodologia di lavoro seguita è sicuramente interessante.

Esiti: Gli esiti, rappresentati dai fattori scatenanti potenzialmente modificabili, sono ben descritti. Tuttavia non sono stati considerati gli esiti più importanti dal punto di vista clinico e cioè il miglioramento della qualità di vita e della gestione dell'asma problematico in questi pazienti dopo l'applicazione dell'approccio proposto.

Trasferibilità

Popolazione studiata: Sono stati studiati bambini con asma problematico, con sintomi persistenti o frequenti esacerbazioni, seguiti presso un centro di III livello. La trasferibilità al nostro setting è pertanto possibile per questa popolazione.

Tipo di intervento: l'intervento si è dimostrato utile: l'identificazione dei possibili fattori scatenanti da parte dell'infermiera ha comportato l'attivazione di specifiche raccomandazioni relativamente ai farmaci, all'ambiente domestico, al fumo di sigaretta, al supporto psicosociale. Non è stata valutata a lungo termine l'efficacia di queste raccomandazioni, che hanno comunque evitato in molti bambini il ricorso a ulteriori indagini e/o terapie. L'intervento non è però trasferibile nel nostro contesto (non abbiamo le infermiere che possano prendere in carico il bambino asmatico e seguirlo anche a domicilio) senza l'attivazione di risorse specifiche. Qualche informazione potrebbe però essere raccolta dal pediatra almeno nel corso di visite ambulatoriali, per verificare la corretta attuazione della terapia e della profilassi ambientale.

[Torna all'indice](#)

Il cosleeping in ambiente a rischio: ruolo nella SIDS.

Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, et al. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ* 2009;13:339.

Obiettivo

Studio caso-controllo di popolazione, per indagare i fattori di rischio associati a SIDS dalla nascita a 2 anni, l'aderenza alle raccomandazioni recenti, l'emergenza di nuovi fattori di rischio e le specifiche circostanze in cui la SIDS si è verificata durante il cosleeping (condivisione dello stesso letto o divano con un adulto o bambino).

Metodo

P opolazione	Bambini di età minore a 2 anni residenti nell'area sud orientale dell'Inghilterra. Casi: 80 bambini deceduti per SIDS. Controlli: 2 gruppi di controllo identificati a partire dal database di un ospedale di Bristol; un gruppo (87 bambini) è stato selezionato in maniera randomizzata e uno (82 bambini) in base a criteri di alto rischio per SIDS (madre fumatrice, giovane, socialmente deprivata, multipara).
E sposizione	È stata studiata l'esposizione a molti fattori di rischio noti, in particolare relativi all'ambiente del sonno (presenza del genitore nella stanza, cosleeping) e al consumo di alcool o droga da parte dei genitori. Il cosleeping è stato definito dalla condivisione del letto o divano con un adulto o bambino. Sono state raccolte informazioni sulle sostanze (farmaci o droghe) assunte dai genitori. Per quanto riguarda l'alcool è stato assunto il limite di 2 unità, considerato il massimo apporto giornaliero per le donne secondo le più recenti raccomandazioni del Regno Unito.
O utcomes	Morte per SIDS. 157 casi di morte improvvisa identificati sono stati immediatamente indagati secondo un protocollo completo standard. La diagnosi di SIDS è stata posta nei casi rimasti senza causa al termine delle indagini, che comprendevano anche l'autopsia.
T empo	Lo studio è stato condotto da gennaio 2003 a dicembre 2006.

Risultati principali

L'età media di morte per SIDS è risultata di 66 giorni. Tale media si è abbassata di oltre 3 settimane rispetto a uno studio condotto nella stessa regione 10 anni prima. Il 54% dei bambini deceduti per SIDS era in una situazione di cosleeping rispetto al 20% di entrambi i gruppi controllo. Gran parte di questa differenza può essere spiegata dall'interazione significativa tra cosleeping e recente uso di alcool o droga da parte dei genitori (31% vs 3% nei controlli random) e dalla maggior percentuale dei bambini con SIDS che avevano dormito con l'adulto su un divano (17% vs 1%). Un quinto dei bambini morti per SIDS avevano dormito con un cuscino (21% vs 3%), un quarto era avvolto in fasce (24% vs 6%); le madri dei bambini con SIDS avevano fumato in gravidanza in misura maggiore rispetto ai controlli (60% vs 14%); un quarto dei bambini con SIDS era pretermine (26% vs 5%), o malato prima dell'ultimo sonno (28% vs 6%). Tutte queste differenze sono risultate **statisticamente significative** all'analisi multivariata indipendentemente da quale fosse il gruppo di controllo utilizzato per il confronto (random o ad alto rischio). L'importanza della copertura della testa, dell'esposizione postnatale al fumo, dell'uso del ciuccio, e della posizione sul fianco nel sonno risulta ridotta in questo studio. Una proporzione significativa di bambini con SIDS è stata ancora trovata in posizione prona (29% vs 10%).

Conclusioni

Molti bambini deceduti per SIDS avevano condiviso il letto/divano in un contesto a rischio. I maggiori determinanti del rischio, non considerando gli indicatori di deprivazione socioeconomica, sono suscettibili di cambiamento e ne dovrebbero essere fornite specifiche raccomandazioni, in particolare sull'uso di alcool o droghe prima del cosleeping e sulla pratica del cosleeping su un divano.

Altri studi sull'argomento

Le linee guida sulla SIDS elaborate dall'AAP e pubblicate su *Pediatrics* nel novembre 2005 (1) raccomandano di far dormire il bambino nella stessa stanza dei genitori in una culla vicino al loro letto. Viene sconsigliato di condividere lo stesso letto perché questa situazione determinerebbe un maggior rischio di SIDS. A supporto di questa raccomandazione vengono segnalati alcuni studi caso-controllo in cui è stata riscontrata una associazione **statisticamente significativa** tra SIDS e cosleeping nei bambini con meno di 8-11 settimane, non solo nelle madri fumatrici ma anche in quelle che non fumatrici. Questo rischio risulta ulteriormente aumentato se il cosleeping è preceduto da assunzione di alcool o avviene in condizioni di particolare stanchezza.

Una review pubblicata su *Arch Ped Adolescent Med* del Marzo 2007 (2), nella quale sono stati selezionati e valutati 11 studi (molti di essi sono gli stessi segnalati dall'AAP), conclude che esistono evidenze consistenti di associazione tra cosleeping e SIDS in caso di genitori fumatori mentre le evidenze non sono chiare nei non fumatori. Viene riscontrata una associazione positiva tra cosleeping e allattamento materno.

Successivamente alle linee guida dell'AAP sono stati pubblicati sia su *Pediatrics* (3,4,5) che su *Arch Dis Child* (6) alcuni commenti critici rispetto al consiglio generalizzato di evitare il cosleeping, in quanto evidenze convincenti sono riferibili solo a situazioni particolari, con genitori fumatori, dopo assunzione di alcool o droghe, in condizioni di eccessiva stanchezza o di cosleeping sul divano.

Referenze

1. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116:1245-55.
2. Horsley T, Clifford T, Barrowman N, et al. Benefits and harms associated with the practice of bed sharing. *Arch*

- Pediatr Adolesc Med 2007;161:237-45.
- Gessner BD, Porter TJ. Bed sharing with unimpaired parents is not an important risk for sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 2006;117:990-1.
 - Pelayo R, Owens J, Mindell J, et al. Bed sharing with unimpaired parents is not an important risk for sudden infant death syndrome: to the editor. *Pediatrics* 2006;117:993-4.
 - Baddock SA, Galland BC, Bolton DP, et al. Differences in infant and parent behaviors during routine bed sharing compared with cot sleeping in the home setting. *Pediatrics* 2006;117:1599-607.
 - Fleming P, Blair P, McKenna J. New knowledge, new insights, and new recommendations. *Arch Dis Child* 2006;91:799-801.

Che cosa aggiunge questo studio

Lo studio evidenzia come molte delle morti avvenute durante il cosleeping avvengano in ambienti potenzialmente pericolosi (situazione di cosleeping su divano o con adulti che hanno recentemente consumato alcol o droghe). Informare i genitori di evitare tali comportamenti rischiosi potrebbe ulteriormente ridurre la frequenza di SIDS. L'importanza della copertura della testa, dell'esposizione postnatale al fumo, dell'uso del ciuccio, e della posizione sul fianco nel sonno risulta ridotta in questo studio, mentre hanno assunto un ruolo maggiore l'avvolgere il bambino in fasce o l'utilizzo del cuscino.

Commento

Validità interna

Disegno dello studio: si tratta di uno **studio caso-controllo** di popolazione condotto in 4 anni. Nell'area indagata 90 casi sono stati identificati come SIDS, il che equivale a un tasso di 0.49 per mille nati vivi. Sono stati analizzati 80 dei 90 (89%) casi. L'importante riduzione del tasso di SIDS e il conseguente piccolo numero dei casi di SIDS studiati limita l'interpretazione della complessa relazione multivariata tra i fattori coinvolti e può sottostimare il significato di alcuni di essi.

Esiti: la SIDS è stata adeguatamente definita e indagata (casi di morte improvvisa che rimanevano non spiegati al termine dell'investigazione secondo un protocollo completo standard che comprendeva anche l'autopsia).

Trasferibilità

Popolazione studiata: Sono stati studiati bambini deceduti per SIDS sino a 2 anni di età. L'estensione del range di età oltre il cut-off dei 12 mesi si è basata sul fatto che i rari casi di morte improvvisa nel secondo anno presentano caratteristiche simili a quelli che avvengono nel primo.

Tipo di intervento: in Italia le campagne di prevenzione della SIDS (ad esempio quella realizzata nell'ambito del progetto 6+1) prevedevano fino a pochi anni fa la diffusione di 3 messaggi principali: posizione supina durante il sonno, adeguatezza dell'"ambiente" in cui il bambino dorme (temperatura, eccesso di vestiti e coperte) e astensione dal fumo di sigaretta da parte dei genitori. I messaggi sono stati ampliati successivamente tenendo conto delle recenti evidenze della letteratura in modo da garantire l'adeguata informazione ai genitori su nuove specifiche situazioni di rischio. Ad esempio, si riportano di seguito le raccomandazioni formulate nell'ambito della campagna Genitori più (vedi il [sito web](#)) che includono sia una raccomandazione sull'ambiente più sicuro per il sonno del bambino, sia una sulla condivisione del letto.

Raccomandazioni principali

Tutti i genitori dovrebbero essere informati sul fatto che:

- Il bambino dovrebbe essere messo a dormire in posizione supina (**a pancia in su**) sin dai primi giorni di vita. Questo è il principale messaggio da trasmettere ai genitori.
- Il bambino dovrebbe dormire in culla o nel lettino, meglio se nella stanza dei genitori.
- La donna in gravidanza dovrebbe astenersi dal fumo di sigaretta ed evitare di esporsi al fumo passivo. Dopo la nascita si dovrebbe evitare di fumare in casa.
- L'ambiente dove dorme il bambino non dovrebbe mai essere eccessivamente caldo (la temperatura ambientale dovrebbe essere mantenuta attorno ai 20 gradi). Da evitare anche l'eccesso di vestiti e di coperte.

Ulteriori raccomandazioni

- Il materasso dovrebbe essere della misura esatta della culla/lettino e non eccessivamente soffice. Va anche evitato di far dormire il bambino sopra divani, cuscini imbottiti, trapunte.
- Il bambino dovrebbe essere sistemato con i piedi che toccano il fondo della culla o del lettino in modo che non possa scivolare sotto le coperte; va evitato l'uso del cuscino.
- La condivisione del letto dei genitori, sarebbe da evitare se questi sono fumatori, o non in buone condizioni di vigilanza. Andrebbe evitata anche nelle prime settimane di vita del bambino. In caso di scelta da parte dei genitori per la condivisione del letto con il bambino, va loro raccomandato di rispettare tutte le altre condizioni "di protezione". I genitori dovrebbero sempre evitare di dormire con il bambino sopra divani o poltrone.
- L'uso del succhiotto, raccomandato in alcuni paesi, può avere un effetto protettivo, in ogni caso va proposto dopo il mese di vita seguendo opportune precauzioni.

Tratto da: Genitori più. Materiale informativo per gli operatori (ediz. 2008).

Cap 4. Posizione nel sonno e riduzione del rischio di morte improvvisa del lattante (SIDS) ([vedi testo completo](#))

[Torna all'indice](#)

In breve

- Uno studio di follow up di 3 anni ha determinato, in una popolazione di bambini arruolati in un precedente RCT, gli effetti a lungo termine del trattamento con antibiotico dell'otite media acuta (OMA). Il trial clinico originale era stato condotto in Olanda in 53 ambulatori di base e aveva coinvolto 240 bambini di età compresa tra 6 mesi e 2 anni randomizzati a ricevere amoxicillina vs placebo per il trattamento dell'OMA. Si tratta del famoso trial di Damoiseaux et al pubblicato nel 2000 sul BMJ ([vedi abstract](#)), che aveva concluso che la terapia antibiotica rispetto a placebo portava a un modesto effetto aggiuntivo sui sintomi di OMA a 4 giorni e che, di conseguenza, il suo utilizzo in prima battuta non era giustificato se era possibile garantire una vigile attesa. Nel presente studio, che ha coinvolto 168 bambini, esiti primari erano la ricorrenza di OMA, l'invio dei bambini a un centro di cure secondarie, la chirurgia di orecchio, naso e gola. I risultati evidenziano che c'è stata ricorrenza di OMA nel 63% (47/75) dei bambini nel gruppo amoxicillina vs 43% (37/86) del gruppo placebo (differenza di rischio 20%, **IC 95%** da 5 a 35%). Non sono state messe in evidenza differenze significative rispetto agli altri esiti considerati. Gli autori concludono che i risultati dello studio sono un ulteriore argomento a favore di un uso giudizioso dell'antibiotico nei bambini con OMA.
[Bezáková N, Damoiseaux RA, Hoess AW, et al. Recurrence up to 3.5 years after antibiotic treatment of acute otitis media in very young Dutch children: survey of trial participants. BMJ 2009;338:b2525.](#)
- Una [revisione sistematica](#) della letteratura ha valutato gli effetti degli inibitori delle neuraminidasi (oseltamivir e zanamivir) nel trattamento dei bambini <12 anni con influenza stagionale e nella prevenzione della trasmissione post-esposizione a domicilio. Sono stati inclusi 4 RCT sul trattamento dell'influenza (2 per ciascun farmaco in studio), per un totale di 1766 bambini inclusi (1243 con influenza confermata, di cui il 55-69% con influenza A) e 3 RCT sulla profilassi dopo esposizione (1 con oseltamivir e 2 con zanamivir), per un totale di 863 bambini. Nessuno studio riguardava il ceppo A/H1N1. I trial sul trattamento hanno messo in evidenza una riduzione nel tempo mediano di risoluzione dei sintomi o di rientro alle normali attività variabile da 0,5 a 1,5 giorni, significativa in 2 soli studi. Il trattamento profilattico post-esposizione di 10 giorni ha determinato una riduzione dell'8% (**IC 95%** da 5 a 12%) nell'incidenza di influenza sintomatica. Il trattamento non si è associato a una riduzione dell'uso degli antibiotici. Zanamivir era ben tollerato, mentre oseltamivir era associato a un aumento di rischio di vomito. Gli autori concludono che gli inibitori delle neuroaminidasi forniscono un beneficio piccolo in termini di durata della malattia e di trasmissione a domicilio in bambini con influenza stagionale. I loro effetti sulla frequenza di complicazioni serie e sul ceppo A/H1N1 devono essere ancora stabiliti.
[Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan C, et al. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2009;339:b3172.](#)
- Una [revisione sistematica](#) della letteratura ha analizzato quali siano le caratteristiche cliniche e radiologiche delle lesioni spinali secondarie a abuso. Sono stati inclusi 19 studi per un totale di 25 bambini, di cui 23 sotto i 2 anni di vita. I risultati mostrano che: le lesioni spinali inflitte possono riguardare qualsiasi parte della colonna vertebrale; le lesioni cervicali tendono a essere presenti in bambini più piccoli (età media 5 mesi) mentre dislocazioni toraco-lombari sono riportate in età maggiore (media 13,5 mesi); queste ultime si presentano caratteristicamente con segni neurologici focali o deformità visibili della colonna; c'è associazione tra lesioni spinali e trauma cranico inflitto; in un certo numero di casi c'è stato ritardo diagnostico perché le lesioni spinali non sono state rilevate alla prima radiografia, specie dove i segni clinici erano mascherati da distress respiratorio o da alterazione del livello di coscienza. Pur in presenza di evidenze molto limitate, gli autori suggeriscono che tutti i bambini con meno di 2 anni con sospetto abuso ricevano una adeguata valutazione dello scheletro che includa la radiografia con visione laterale completa della colonna cervicale e toraco-lombare. In caso di identificazione di lesioni, di sospetto clinico, o in presenza di lesione al capo e impossibilità di escludere clinicamente il danno spinale, andrebbe realizzata la risonanza magnetica della colonna. Gli autori sono gli stessi della revisione sistematica recensita sulla Newsletter 26 che riguardava le caratteristiche distintive tra fratture da abuso e da non abuso.
[Kemp A, Joshi A Dr, Mann M, et al. What are the clinical and radiological characteristics of spinal injuries from physical abuse: a systematic review. Arch Dis Child 2009.](#)
- Quella di PHACE è una rara sindrome neurocutanea caratterizzata dalla presenza di emangioma infantile associato ad anomalie strutturali del cervello, dei vasi cerebrali, degli occhi, dello sterno e/o dell'aorta. Una consensus realizzata da un gruppo multidisciplinare di specialisti e pubblicata su Pediatrics cerca di stabilire, sulla base delle conoscenze disponibili, i criteri per la diagnosi di tale sindrome.
[Metry D, Heyer G, Hess C, et al. Consensus Statement on Diagnostic Criteria for PHACE Syndrome. Pediatrics 2009;124:1447-1456.](#)
- Pediatrics pubblica le raccomandazioni formulate da un panel di esperti nazionali nordamericani su invito dell'Hepatitis B foundation per screening, monitoraggio e invio di pazienti pediatrici con epatite B.
[Haber BA, Block JM, Jonas MM, et al. Recommendations for Screening, Monitoring, and Referral of Pediatric Chronic Hepatitis B. Pediatrics 2009; 124: e1007-e1013.](#)
- Il NEJM pubblica un'ampia rassegna sulla sindrome uremico-emolitica atipica.
[Noris M, Remuzzi G. Atypical hemolytic-uremic syndrome. N Engl J Med 2009;361:1676-87](#)

[Torna all'indice](#)

Cochrane Database of Systematic Review (CDSR). Il 1° aggiornamento del 2010.

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 (www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME, con motore di ricerca). Il CDSR viene aggiornato ogni 3 mesi, con l'inserimento di nuove RS e con l'aggiornamento di altre. L'elenco completo delle nuove RS e di quelle aggiornate è disponibile su internet (vedi nella pagina web già segnalata).

L'ultimo aggiornamento del CDSR contiene 98 RS nuove, di cui 14 di possibile interesse per il pediatra, e 139 aggiornate, di cui 20 di interesse per il pediatra. Di seguito è riportato l'elenco delle revisioni di area pediatrica. La selezione è stata realizzata dalla redazione della newsletter. Cliccando sulla revisione (o CTRL+click se Windows XP) dopo essersi collegati ad Internet si può visualizzare l'abstract.

1. Nuove revisioni sistematiche di area pediatrica

- Adenoidectomy for otitis media in children
- Adenoidectomy for recurrent or chronic nasal symptoms in children
- Braces for idiopathic scoliosis in adolescents
- Continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) versus multiple insulin injections for type 1 diabetes mellitus
- Ethamsylate for the prevention of morbidity and mortality in preterm or very low birth weight infants
- Exercises for prevention of recurrences of low-back pain
- Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents
- Honey for acute cough in children
- Interventions for acute otitis externa
- Interventions for bone disease in children with chronic kidney disease
- Oral rinses, mouthwashes and sprays for improving recovery following tonsillectomy
- Partial exchange transfusion to prevent neurodevelopmental disability in infants with polycythemia
- Regular treatment with formoterol and an inhaled corticosteroid versus regular treatment with salmeterol and an inhaled corticosteroid for chronic asthma: serious adverse events
- Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children

2. Revisioni sistematiche di area pediatrica aggiornate

- Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents
- Chest physiotherapy for preventing morbidity in babies being extubated from mechanical ventilation
- Cysteine, cystine or N-acetylcysteine supplementation in parenterally fed neonates
- Delayed antibiotics for respiratory infections
- Dietary interventions for phenylketonuria
- Dietary treatment for familial hypercholesterolaemia
- Discharge planning from hospital to home
- Heliox for non-intubated acute asthma patients
- Identification of children in the first four years of life for early treatment for otitis media with effusion
- Inhaled sodium cromoglycate for asthma in children
- Intravenous immunoglobulin for presumed viral myocarditis in children and adults
- Intravenous midazolam infusion for sedation of infants in the neonatal intensive care unit
- Nedocromil sodium for chronic asthma in children
- Over-the-counter (OTC) medications to reduce cough as an adjunct to antibiotics for acute pneumonia in children and adults
- Pneumococcal vaccine for asthma
- Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships
- Regular treatment with salmeterol for chronic asthma: serious adverse events
- Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures
- Symptomatic treatment of the cough in whooping cough
- Tobacco cessation interventions for young people

[Torna all'indice](#)