

Newsletter pediatrica **La sorveglianza della letteratura per il pediatra**

Newsletter pediatrica 2012; 9(1):1-5

Indice argomenti

Letteratura primaria

La condivisione del letto aumenta il rischio di SIDS? Una metanalisi porta il suo contributo al dibattito pag. 1

L'allattamento al seno protegge dal broncospasmo nei primi anni di vita. pag. 3

La condivisione del letto aumenta il rischio di SIDS? Una metanalisi porta il suo contributo al dibattito

Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T, Blair PS. Bed Sharing and the Risk of Sudden Infant Death Syndrome: Can We Resolve the Debate? J Pediatr 2012;160:44-8.

Obiettivo

Eseguire una metanalisi sulla relazione tra la condivisione del letto e il rischio di SIDS

Metodo

Popolazione	Sono stati identificati 11 studi caso-controllo su condivisione del letto e SIDS per un totale di 2464 casi e 6495 controlli. La ricerca è stata effettuata da 2 autori indipendentemente consultando PubMed e Medline e la bibliografia degli studi identificati; è stato chiesto ai membri del "Epidemiology Working Group" della Società Internazionale per lo studio e la prevenzione della morte perinatale ed infantile e della conferenza internazionale sulla SIDS del 2008 se erano a conoscenza di studi non ancora pubblicati. I criteri di inclusione erano i seguenti: 1) Adeguata definizione di SIDS; 2) Esecuzione dell'autopsia in >95% dei casi; 3) Appropriata descrizione dell'accertamento di SIDS nella popolazione studiata; 4) Descrizione chiara della selezione dei controlli; 5) Dati sufficienti a calcolare OR e intervalli di confidenza.
Esposizione	Condivisione della superficie per dormire tra adulti e bambini piccoli vs. non condivisione La relazione tra condivisione del letto e SIDS è stata stratificata per abitudine al fumo dei genitori, età del bambino al momento dell'ultimo sonno indipendentemente dalle abitudini al fumo dei genitori (<12 settimane vs >12 settimane), condivisione del letto abituale vs non abituale ma avvenuta nell'ultima notte.
Outcomes/Esiti	SIDS
Tempo	La ricerca in letteratura ha riguardato il periodo compreso tra gennaio 1970 e dicembre 2009

Risultati principali

Sul totale della popolazione considerata, in 710 casi di SIDS (28.8%) e in 863 controlli (13.3%) c'era stata condivisione del letto con un OR cumulativa per SIDS alla metanalisi di 2.89 (IC 95% 1.99-4.18; 11 studi). Il rischio legato alla condivisione del letto è risultato maggiore per i bambini con madre fumatrice (OR 6.27, IC 95% 3.94-9.99; 4 studi), di età inferiore alle 12 settimane (OR 10.37, IC 95% 4.44-24.21, 3 studi) e per la condivisione del letto non abituale ma avvenuta nell'ultima notte (OR 2.18, IC 95% 1.45-3.28, 3 studi); non è invece risultato aumentato per i bambini di madre non fumatrice (3 studi), con più di 12 settimane (3 studi) o con condivisione abituale del letto (2 studi).

Conclusioni

La condivisione del letto è un fattore di rischio per SIDS, soprattutto in caso di genitori fumatori e nei bambini molto piccoli (<12 settimane di vita)

Altri studi sull'argomento

Con una ricerca su PubMed abbiamo identificato un ulteriore studio pubblicato nel 2010 su Academy Pediatrics che riporta, in una popolazione di colore, un aumentato rischio di SIDS in presenza di condivisione del letto. Il rischio è pari a 2 volte rispetto alla non condivisione ed è più pronunciato in caso di sonno su una superficie soffice, uso di cuscino, fumo materno, età più giovane del bambino.

Una revisione sistematica della letteratura pubblicata nel 2007 (ricerca della letteratura fino a gennaio 2005) su rischi e benefici legati alla condivisione del letto, ha incluso gli stessi lavori di quella recensita, esclusi 3 pubblicati successivamente. Gli autori, che non realizzano metanalisi e presentano i dati in maniera qualitativa, concludono per una possibile associazione tra condivisione del letto e SIDS tra i fumatori, ma che le evidenze non sono consistenti per i non fumatori (i dati disponibili non erano cioè sufficienti a stabilire l'associazione in maniera convincente).

Una revisione non sistematica sulla SIDS pubblicata nel 2009 riassume come segue i rischi di SIDS per un lattante che condivide il letto con un adulto: 1) il rischio è aumentato quando la madre è fumatrice o ha fumato in gravidanza; 2) il rischio è aumentato nei lattanti più piccoli; 3) Il rischio è solo lievemente aumentato per i bambini di età <3 mesi di madri non fumatrici; 4) la condivisione del letto non aumenta il rischio di SIDS se il bambino viene rimesso a dormire nella culla nel corso della notte; 5) quanto più a lungo dura la condivisione del letto durante la notte tanto maggiore è il rischio di SIDS; 6) il rischio è aumentato se gli adulti hanno bevuto, assunto droghe o farmaci che alterano lo stato di coscienza o la risvegliabilità, sono obesi o in caso di bambino è nato pretermine o di basso peso; 7) la condivisione di un divano o di una poltrona durante il sonno è associata ad alto rischio di SIDS, sebbene questo tipo di esposizione è raro; 7) la condivisione del letto con fratelli più grandi aumenta il rischio di SIDS (non ci sono invece dati sui gemelli).

Referenze

Fu Ly, Moon RY, Hauck FR. Bed sharing among black infant and sudden infant death syndrome: interaction with other know risk factors. *Acad Pediatr* 2010;10(6):376-82
Horsley T, Clifford T, Barrowman N, et al. Benefits and harms associated with the practice of bed sharing: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161(3):237-45.
Mitchell EA. SIDS: past, present and future. *Acta Pædiatr* 2009;98:1712-1719.

Che cosa aggiunge questo studio

Questo studio conferma quanto già emerso in studi precedenti: la condivisione del letto rappresenta un fattore di rischio per SIDS, in particolare nei bambini di età inferiore alle 12 settimane e in caso di genitori fumatori.

Commento

Validità interna

Disegno dello studio: revisione sistematica con metanalisi di studi caso-controllo. La revisione presenta alcuni limiti metodologici e in particolare: la ricerca non è stata multifonte (solo Medline/PubMed); non viene indicato se il processo di screening e l'estrazione dei dati dai lavori originali siano stati realizzati in maniera indipendente da 2 ricercatori (questa procedura è stata seguita solo per la ricerca in letteratura); non è stata realizzata alcuna valutazione della qualità metodologica degli studi originali; è stata rilevata eterogeneità nell'analisi principale ma questa non è stata né adeguatamente esplorata.

Aspetti positivi sono invece: la chiara definizione dei criteri esclusione e inclusione degli articoli; l'esplicitazione della strategia di ricerca utilizzata e l'analisi manuale su abstract o report di congressi; il contatto con gli esperti.

Esiti: L'esito della revisione è chiaro (morte per SIDS) ma gli autori non riportano una sua definizione precisa

Trasferibilità

I risultati sono di fatto già trasferiti nella realtà italiana. A questo proposito si riporta di seguito il commento tratto da Newsletter n° 28 (anno 2010), riferito a uno studio caso-controllo tra l'altro incluso nella revisione sistematica recensita:

"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.
- È consigliabile l'allattamento materno esclusivo

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 (*bed sharing*) 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.

L'allattamento al seno protegge dal broncospasmo nei primi anni di vita

Silvers KM, Frampton CM, Wickens K et al. Breastfeeding protects against current asthma up to 6 years of age. J Pediatr 2012; Jan 28 [Epub ahead of print].

Obiettivo

Studio di coorte prospettico per studiare l'effetto dell'allattamento al seno su episodi di broncospasmo e asma in bambini di età compresa tra 2 e 6 anni.

Metodo

Popolazione Sono stati arruolati 1105 bambini (nascituri) in Nuova Zelanda in contesto urbano; il reclutamento è stato effettuato da ostetriche in epoca prenatale (senza preferenze per soggetti con storia familiare di atopia, asma o malattie allergiche).

Esposizione Sono state raccolte informazioni dettagliate circa l'alimentazione dei bambini tramite questionari somministrati alla nascita, a 3, 6 e 15 mesi con conseguente calcolo della durata dell'allattamento al seno esclusivo (=latte materno come unica fonte di alimenti) e della durata totale dell'allattamento al seno, anche se non esclusivo (ovvero dopo l'introduzione di latte artificiale e/o alimenti complementari).

Lo stato di atopia dei pazienti è stato definito sulla base della positività a 15 mesi di vita di almeno un prick test cutaneo (testati comuni allergeni alimentari e inalanti).

Outcomes/Esiti L'esito primario era la presenza all'età di 2, 3, 4, 5 e 6 anni di asma definita sulla base dei seguenti criteri: "aver ricevuto in qualsiasi momento una diagnosi di asma dal proprio medico" associato a "un episodio di fischio" oppure "all'utilizzo di distanziatore" negli ultimi 12 mesi. L'esito secondario è stato la presenza all'età di 2, 3, 4, 5 e 6 anni di broncospasmo definito come la descrizione da parte dei genitori di "un qualunque episodio di fischio" negli ultimi 12 mesi.

Tempo L'arruolamento dei pazienti è stato effettuato tra il 1997 ed il 2001. Il follow-up è stato di 6 anni.

Risultati principali

Dopo aggiustamento per fattori di confondimento, ogni mese di allattamento al seno esclusivo è stato associato a una riduzione significativa degli episodi di asma in bambini di età compresa tra 2 e 6 anni di età ($p < 0.03$). Ogni mese aggiuntivo di allattamento (anche se non esclusivo) ha, inoltre, ridotto gli episodi di asma all'età di 2, 3 e 4 anni ($p < 0.005$). Nei bambini atopici, l'allattamento al seno esclusivo per almeno 3 mesi ha ridotto gli episodi di asma all'età di 4, 5 e 6 anni rispettivamente del 62, 55 e 59%.

Conclusioni

L'allattamento al seno, soprattutto se esclusivo, è protettivo nei confronti dello sviluppo di asma in tutti i bambini fino ai 6 anni di età ed il grado di protezione è più pronunciato in bambini atopici di età inferiore ai 3 anni.

Altri studi sull'argomento

Il ruolo protettivo dell'allattamento al seno nei confronti dell'asma (e in generale delle malattie allergiche) non è chiaramente definito. Esistono anzi studi condotti in differenti popolazioni che evidenziano evidenze contrastanti: in due studi, condotti in Brasile ed in Germania, pubblicati tra Marzo e Aprile 2012, si afferma rispettivamente il ruolo protettivo ed il ruolo neutro dell'allattamento al seno nei confronti dello sviluppo di asma. In altri studi se ne evidenzia addirittura l'effetto favorente¹⁻³. Alla base di queste evidenze contrastanti ci sono probabilmente più che reali differenze epidemiologiche tra popolazioni, differenze nella selezione della popolazione (coorti di nuovi nati vs figli di genitori allergici), differenze nella definizione di allattamento (esclusivo, prevalente, misto) e recall bias, differenze nella definizione di asma e nella durata del follow-up (asma vera in bambini con più di 5 anni vs broncospasmo post-infettivo dei primi anni di vita), eventuale effetto di causalità inversa tra storia familiare di malattie allergiche e durata dell'allattamento al seno (le donne che hanno storia familiare di malattia allergica o con un figlio con eczema nei primi mesi di vita potrebbero scegliere di allattare per più tempo), ecc. Tutte queste differenze rendono difficile effettuare un'analisi degli studi che permetta di definire -eliminati tutti i bias precedentemente elencati- se l'allattamento al seno sia o meno protettivo nei confronti dello sviluppo di asma⁴. E' intuitivo che non sia etico condurre studi randomizzati controllati sull'allattamento ma la ricerca futura dovrà tener conto del potenziale contributo di fattori di confondimento e di modificatori di effetto per poter depurare gli studi dai sopraelencati limiti metodologici e poter definitivamente chiarire il reale ruolo dell'allattamento nei confronti delle malattie allergiche (asma compresa)⁵.

Referenze

1. Jucà SC, Takano OA, Moraes LS, Guimaraes LV. Asthma prevalence and risk factors in adolescents 13 to 14 years of age in Cuiabà, Mato Grosso State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2012 Apr; 28(4):689-97.
2. Laussmann D, Haftenberger M, Langen U, Eis D. Determinants of asthma among children and adolescents in Germany. Results of the German Health and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2012 Mar;55(3):308-17.
3. Sears M, Greene J, Willan A et al. Long-term relation between breastfeeding and development of atopy and asthma in children and young adults: a longitudinal study. *Lancet* 2002;360:901-907.
4. Brew BK, Kull I, Grden F et al. Breastfeeding, asthma, and allergy: a tale of two cities. *Pediatric Allergy and Immunology* 2012;23:75-82.
5. Matheson MC, Allen KJ, Tang ML. Understanding the evidence for and against the role of breastfeeding in allergy prevention. *Clin Exp Allergy*. 2012 Jan 26. [Epub ahead of print].

Che cosa aggiunge questo studio

Dall'analisi critica dei risultati sembra di poter concludere che i bambini allattati esclusivamente al seno per almeno tre mesi abbiano un rischio ridotto di sviluppare episodi di fischio post-infettivo nei primi anni di vita; difficile è concludere sull'efficacia protettiva nei confronti dell'asma per un problema di definizione dell'asma stesso e di durata del follow-up (che si arresta proprio nell'età in cui si rende eventualmente evidente tale patologia).

Commento

Validità interna

Disegno dello studio: Nei 4 anni in cui è stato effettuato l'arruolamento sono stati inseriti nello studio 1105 nati, di questi solo 1011 (91.5%) sono stati seguiti per un periodo di tempo sufficiente per fornire dati sulla modalità di alimentazione a 15 mesi mentre il follow-up fino ai 6 anni di età è stato possibile in 892 pazienti (80.7% del totale). Nulla viene detto circa i persi al follow-up; difficile è speculare se questo possa portare a differenze nei risultati osservati e dunque nelle conclusioni. L'interpretazione dei dati è complicata dall'assenza di un valido "recall period" (tempo intercorso tra il momento della rilevazione del dato e l'evento che si intende studiare) così come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per studi sull'alimentazione infantile: per valutare la prevalenza di allattamento al seno, l'OMS considera come "recall period" adeguato un periodo di 24 ore. Nel presente studio i questionari sulla nutrizione sono stati somministrati a 0, 3, 6 e 15 mesi con un'analisi dei risultati invece condotta mese per mese, con conseguenti possibili bias relativi a errori circa la raccolta anamnestica dei dati eseguita su periodi molto lunghi (soprattutto nell'intervallo di tempo 6-15 mesi).

Esiti: La definizione di asma (esito primario) e di broncospasmo (esito secondario) risultano piuttosto povere. Per la definizione di broncospasmo in particolare risulta sufficiente la descrizione di un singolo episodio di fischio nell'arco dell'anno precedente da parte dei genitori, a prescindere da un parere medico o dall'utilizzo di farmaci; in altri studi analoghi (Kull I 2004, Miheshahi S 2007) la definizione di broncospasmo prevedeva quantomeno la presenza di almeno 4 episodi di fischio nell'ultimo anno o la presenza di fischio per almeno una settimana per più di 3 settimane nell'ultimo anno. E' inoltre improbabile o quantomeno discutibile la diagnosi di asma in bambini di età pari a due-tre anni, quando la grandissima maggioranza degli episodi di fischio è post-infettiva e coinvolge i cosiddetti "fischiatori felici", anche in bambini con eventuale storia personale di atopia. Nessuna distinzione viene fatta sulla base di: 1) numero di episodi di asma e dunque sulla gravità dell'affezione stessa (bambini con un singolo episodio/anno vengono messi sullo stesso piano di bambini con 6 episodi/anno e invece differenziati da bambini che non abbiano avuto nessun episodio); 2) episodi di fischio/asma che abbiano richiesto terapia e/o ospedalizzazione o meno; 3) episodi di fischio/asma su base infettiva o su base allergica (sarebbe stato meglio raccogliere dati più completi in modo da poter analizzare separatamente i soggetti con fischio post-infettivo e i soggetti veri asmatici, con flogosi allergica, che rispondono allo steroide inalatorio...). Nell'analisi dei risultati vengono prese in considerazione diverse variabili di confondimento, quali genere, fumo in gravidanza, infezioni respiratorie nei primi 3 mesi di vita, storia di malattia allergica in almeno uno dei genitori (covariate binarie) oltre che etnia, BMI a 15 mesi, parità, stato socio-economico del nucleo familiare (variabili continue). Nessuna importanza viene data all'eventuale inserimento del bambino in comunità come fattore di rischio per infezioni respiratorie, a loro volta fattore di rischio per episodi di broncospasmo post-infettivo (che poi sono la maggioranza nella fascia di età considerata). Questi dati sarebbero stati interessanti anche per eliminare eventuali ulteriori fattori di confondimento: ad esempio, è possibile che esista una relazione tra la durata dell'allattamento e il timing del rientro al lavoro della madre e dunque dell'inserimento del bambino al nido, soprattutto nel primo anno di vita (madre che allatta a lungo → rientro tardivo al lavoro → inserimento tardivo in comunità → meno infezioni → meno fischio/asma). Sicuramente è anche possibile che il minor numero di episodi di fischio/asma negli allattati sia da imputare all'effetto protettivo diretto dell'allattamento al seno nei confronti delle infezioni e dell'asma post-infettivo.

Trasferibilità

Popolazione studiata: I risultati dello studio sono probabilmente trasferibili anche nella nostra realtà, pur esistendo alcune differenze tra la popolazione studiata e la nostra. La prima differenza riguarda una netta maggior prevalenza di storia di asma e malattie allergiche nelle famiglie oggetto dello studio rispetto a quanto non succeda da noi (nello studio l'83% dei bambini avrebbe un genitore con allergia e il 28% delle madri sarebbe asmatica contro una

prevalenza dell'asma in Italia nella popolazione adulta stimata intorno al 6% -studio ISAYA). Difficile dire se si tratti di un problema di definizione di asma e allergia (mai data nell'articolo in esame) o di una reale differenza epidemiologica. La seconda differenza riguarda i tassi di allattamento che in Italia sarebbero migliori. Nello studio a 3 mesi è allattato esclusivamente al seno il 35% della popolazione, mentre il 23% riceve esclusivamente latte artificiale; dati italiani mostrano, invece, che a 3 mesi è allattato esclusivamente al seno il 58% della popolazione, mentre sempre il 23% riceve esclusivamente latte artificiale (dati tratti dal Manuale di Genitori più, edizione 2009, [vedi](#)). Va inoltre considerato che il 15% della popolazione studiata era Maori.