

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

Newsletter pediatrica 2013;10(1):1-5

Indice argomenti

Letteratura primaria

- | | |
|--|--------|
| Intervista strutturata per la diagnosi di cefalea in età pediatrica | pag. 1 |
| Quanto persistono il dolore e i disturbi di comportamento nei bambini operati | pag. 3 |
| Fattori di rischio per obesità infantile identificabili nel primo anno di vita | pag. 5 |
-

Intervista strutturata per la diagnosi di cefalea in età pediatrica

[Lateef T, Cui L, Heaton L, Nakamura EF, Ding J, Ahmed S, Merikangas KR. Validation of a migraine interview for children and adolescents. Pediatrics. 2013 Jan;131\(1\):e96-102](#)

Obiettivo

Valutare la validità della versione pediatrica di una intervista strutturata per la diagnosi di emicrania (DIHS-C)

Metodo

Popolazione	Sono stati inclusi nello studio 79 bambini (40 maschi, 39 femmine) che facevano parte di un campione di 104 bambini di età compresa tra 7 e 17 anni selezionati da un servizio territoriale e da un centro nazionale per la cefalea di Washington.
Intervento	Somministrazione dell'intervista "Diagnostic Interview of Headache Syndromes-Child Version" (DIHS-C) simultaneamente a bambini e genitori. L'intervista inizia con una domanda aperta volta a descrivere i sintomi dal punto di vista qualitativo, seguita poi da una serie di domande chiuse per identificare i criteri diagnostici: tipo del dolore, intensità, localizzazione, aggravamento con attività fisica, fotofobia, fonofobia, nausea, vomito, presenza di aura, frequenza, durata. Livello di interferenza sulle attività quotidiane. In aggiunta test di valutazione del grado di disagio degli ultimi tre mesi ed eventuale trattamento farmacologico e/o precedente diagnosi clinica di cefalea.
Controllo	Diagnosi clinica da parte di un neurologo
Outcomes/Esiti	Valutare la sensibilità e specificità del test proposto.
Tempo	Non indicato

Risultati principali

La sensibilità dell'intervista è risultata del 98% e la specificità del 61%. Nel sottogruppo di età <12aa, la sensibilità è risultata 94,1% e la specificità 81.3% mentre nel gruppo >12aa è risultata rispettivamente del 100% e 45%. Un'analisi di genere ha rilevato una sensibilità sovrapponibile (100% femmine e 95% maschi) mentre la specificità era 65% nei maschi e 56% nelle femmine.

Conclusioni

IL DIHS-C è un nuovo e strumento per la valutazione dell'emicrania in età pediatrica e ne aumenta la standardizzazione

Altri studi sull'argomento

La diagnosi di emicrania in età pediatrica è stata resa più facile dall'introduzione, nel 2004, della seconda edizione della classificazione internazionale dei disturbi cefalalgici (ICHD-II) ⁽¹⁾ che ha inserito alcune caratteristiche differenziali tra l'età pediatrica e adulti, tra cui la durata minima dei sintomi, una meno rigida localizzazione del dolore. Si tratta comunque sempre di una diagnosi clinica, prevalentemente anamnestica, che spesso resta difficile, con un elevato numero di casi sottodiagnosticati ⁽²⁾. Una delle possibili spiegazioni di questo fatto è legata alla mancanza di un metodo standardizzato per la valutazione dei sintomi. Ad esclusione di uno studio pubblicato nel 2009, basato su un questionario auto compilato da un centinaio di adolescenti (con una sensibilità del 67.3 % ed una specificità del 100 %) ⁽³⁾, non risultano in letteratura altri esempi di questionari standardizzati rivolti specificamente a bambini ed adolescenti.

Referenze

1) Silberstein SD, Olesen J, Bousser MG et al. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition

- (ICHD-II)—revision of criteria for 8.2 *Medication-overuse headache* Cephalalgia, (2005) 25:6;460-5
- 2) Lima M, Padula N, Santos L, et al. Critical analysis of the international classification of headache disorders diagnostic criteria (ICHD I-1988) and (ICHD II-2004), for migraine in children and adolescents. Cephalalgia (2005) 25:11;1042-7
 - 3) Valentinis L, Valent F, Mucchiut M. et al. Migraine in Adolescents: Validation of a Screening Questionnaire Headache: The Journal of Head and Face Pain (2009) 49:2;202-11

Che cosa aggiunge questo studio

Fornisce uno strumento validato che può essere somministrato anche da personale paramedico adeguatamente preparato, di ausilio per la diagnosi di cefalea in età pediatrica

Commento

Validità interna

Disegno dello studio:

Il disegno dello studio non è spiegato in maniera esaustiva perché: mancano i criteri di inclusione ed esclusione della popolazione. Non viene fatta descrizione dei pazienti inclusi nello studio ma non valutati nei risultati. Il test non è stato descritto con sufficiente dettaglio e non è stato reso disponibile. Il campione è troppo esiguo.

Non è possibile valutare una reale efficienza dello strumento: la bassa specificità porta a sovrastimare il numero di diagnosi positive con la conseguente necessità di valutazione da parte dello specialista; inoltre l'intervista somministrata da parte di personale paramedico addestrato può durare dai 15 ai 40 minuti in base al tipo di sintomatologia descritta.

Trasferibilità

Popolazione studiata: sovrapponibile alla nostra

Tipo di intervento: non applicabile in assenza dello strumento validato per la lingua italiana. Necessità di personale addestrato.

L'intervista è richiedibile ai ricercatori al sito internet:

http://intramural.nimh.nih.gov/research/pi/pi_pimerikanqas.html

Quanto persistono il dolore e i disturbi di comportamento nei bambini operati

[Power NM, Howard RF, Wade AM, Franck LS. Pain and behaviour changes in children following surgery. Arch Dis Child. 2012 Oct;97\(10\):879-84](#)

Obiettivo

Studio di coorte realizzato per misurare la presenza del dolore e disturbi di comportamento in bambini dimessi dopo intervento chirurgico e identificare la presenza di fattori modificabili associati.

Metodo

Popolazione	Dai registri di ricovero di 3 reparti di chirurgia pediatrica di Londra sono stati selezionati 300 bambini di età 2-12 anni che avevano in programma un intervento chirurgico e 131 hanno completato lo studio. Sono stati inclusi i pazienti con uno stato di salute 1 e 2 (normali, sani e con malattia sistemica lieve) secondo i criteri della società americana di anesthesiologia (ASA) Esclusi i pazienti con stato di salute secondo ASA pari o > a 3, di lingua non inglese, i casi di chirurgia d'emergenza, i bambini con preesistenti problemi di comportamento e/o disabilità neurologica significativa.
Esposizione	Intervento chirurgico di chirurgia generale, urologia e orl.
Outcomes/Esiti	Dolore e disturbo di comportamento misurati nel 2° giorno e a 1, 2 e 4 settimane dopo la dimissione. Il dolore è stato misurato usando una scala numerica da 0 a 10 e i disturbi di comportamento erano misurati con un questionario validato compilato dai genitori (Post Hospital Behaviour Questionnaire- PHBQ).
Tempo	Studio realizzato tra novembre 2006 e marzo 2008; le famiglie sono state reclutate 2 settimane prima dell'intervento chirurgico e seguite fino a 4 settimane dopo l'intervento.

Risultati principali

Campione costituito nel 69% da maschi e nel 31% da femmine con età mediana 5 anni.

Al secondo giorno dopo la dimissione il 93% dei bambini presentava dolore (26% moderato, 33% severo). Il dolore si riduceva nelle settimane successive e a 4 settimane il 25% aveva ancora dolore (1% moderato, nessuno severo).

Il 73% presentava disturbi di comportamento al secondo giorno dopo la dimissione, il disturbo si riduceva nelle settimane successive ed era presente nel 32% a 4 settimane. I disturbi più frequenti sono risultati essere l'ansia da separazione e i disturbi alimentari.

A 2 e 4 settimane dall'intervento i fattori significativamente correlati con il disturbo di comportamento erano: l'età del bambino (2- 4 anni), le precedenti esperienze mediche dolorose, la costituzione ansiosa dei genitori, l'ansietà del bambino, ricoveri protratti, il titolo di studio dei genitori e l'uso dei permessi lavorativi. Il fattore che correla maggiormente è l'esperienza dolorosa precedente (probabilità di 8,2 volte superiore).

Conclusioni

Il dolore e i comportamenti problematici dopo intervento chirurgico hanno un'incidenza elevata in questa coorte di bambini ed una precedente esperienza medica dolorosa per il bambino e l'ansia dei genitori e del bambino stesso risultano fattori di rischio associati modificabili, che richiedono maggiore attenzione da parte del personale medico e paramedico per migliorare la situazione postoperatoria.

Altri studi sull'argomento

Non sono state trovate metanalisi né revisioni sistematiche sull'argomento.

Uno studio osservazionale effettuato negli USA e pubblicato nel 2010⁽¹⁾ ha evidenziato come l'80,4% di 260 bambini sottoposti ad adenoidectomia e tonsillectomia presentavano variazioni negative del comportamento il primo giorno a casa dopo l'intervento chirurgico, e circa 1/3 di essi continuava a presentare disturbi del comportamento due settimane dopo. Secondo gli autori l'identificazione di fattori predittivi al di là del dolore post-operatorio, come pregresse problematiche di ansia, la più giovane età, pregressi disturbi del sonno, potrebbe essere utile per prevenire e migliorare le difficoltà inerenti il comportamento conseguente all'operazione.

Una revisione non sistematica pubblicata nel 2011 afferma che il 60% dei bambini sottoposti ad anestesia presentano disturbi del comportamento nel postoperatorio (ansia di separazione, disturbi alimentari). Gli autori non riescono ad individuare possibili fattori di rischio. Analizzando in particolare il dolore, non individuano nessuno studio in cui esso sia messo in correlazione con i disturbi del comportamento. Vista l'importanza del problema ravvedono la necessità di poter individuare tali fattori di rischio per poter prevenire questi disturbi del comportamento⁽²⁾.

Ricordiamo inoltre quanto afferma un recente testo pubblicato a cura del Ministero della Salute italiano sulla terapia del dolore nel bambino in riferimento al trattamento del dolore post operatorio: "Il dolore post-operatorio è un dolore prevenibile e tale prevenzione si realizza intervenendo in modo programmato durante tutto il periodo peri-operatorio [...]. Il timing delle somministrazioni degli analgesici è critico per ottenere una buona prevenzione del dolore: gli analgesici sono più efficaci se somministrati prima della comparsa del dolore, o prima che questo diventi importante. Questo giustifica la pre-emptive analgesia e la somministrazione a orario fisso dei farmaci nel periodo post-intervento. Il trattamento del dolore solo con farmaci "al bisogno" è poco efficace, non ha alcun effetto preventivo e va proscritto: la somministrazione degli analgesici deve avvenire a orari fissi o in infusione continua, più somministrazioni "al bisogno", qualora la terapia di base risultasse insufficiente"⁽³⁾.

Referenze

1. Fortier MA, Del Rosario AM, Rosenbaum A, Kain ZN Beyond pain: predictors of postoperative maladaptive behavior change in children. Paediatr Anaesth. 2010 May;20(5):445-53.
2. Yuki K, Daaboul DG. Postoperative maladaptive behavioral changes in children. . Middle East J Anesthesiol. 2011 Jun;21(2):183-9
3. Benini F, Barbi E, Gangemi M. et al. il dolore nel bambino Strumenti pratici di valutazione e terapia 2010 Milano http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1256_allegato.pdf

Che cosa aggiunge questo studio

Precedenti esperienze mediche dolorose sono un forte predittore di dolore e disturbi del comportamento dopo un successivo intervento chirurgico.

Commento

Validità interna

Disegno dello studio: studio osservazionale prospettico di buon disegno; Popolazione, obiettivo, esiti sono chiaramente definiti. Il campione è tuttavia esiguo e la perdita al follow-up è del 56 % degli arruolati. L'eventuale confondimento delle variabili associate ai disturbi del comportamento è controllato con l'analisi multivariata
Esiti: rilevanti.

Trasferibilità

Popolazione studiata: applicabile alla nostra realtà

Tipo di intervento: auspicabile che la gestione del dolore nei bambini debba essere migliorata.

Le linee guida sulla gestione del dolore nel bambino già citate sono un importante strumento per seguire il bambino durante e dopo gli interventi chirurgici. E' auspicabile che esse siano maggiormente diffuse ed implementate nella comunità pediatrica italiana, ed in particolare nei reparti di chirurgia pediatrica.

Fattori di rischio per obesità infantile identificabili nel primo anno di vita

Weng SF, Redsell SA, Swift JA, Yang M, Glazebrook CP. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. Arch Dis Child. 2012 Dec;97(12):1019-26

Obiettivo

Definire i fattori di rischio per sovrappeso e obesità infantile che possano essere identificati durante il primo anno di vita in modo da facilitare una precoce identificazione del problema e un intervento mirato.

Disegno dello studio: revisione sistematica e metanalisi

Metodo

Popolazione Sono stati identificati trenta studi pubblicati dal 1990 al maggio 2011. La ricerca è stata effettuata sulle seguenti banche dati elettroniche: MEDLINE, EMBASE, CAB Abstracts e PubMed. Sono state utilizzate come parole chiave (i fattori di rischio di sovrappeso in età precoce identificati in letteratura e mediante discussione di gruppo).

Gli studi presi in considerazione sono di tipo osservazionale prospettico con un follow up di almeno due anni dalla nascita fino a un massimo di 14 anni

I criteri di inclusione degli studi sono stati: studio prospettico, con follow-up minimo di due anni dalla nascita, con analisi di almeno una dei possibili rischi identificati per il sovrappeso dal periodo prenatale al termine del primo anno di vita. La qualità metodologica degli studi è stata valutata utilizzando la scala di Newcastle-Ottawa (NOS)

Due sono i principali motivi di esclusione: 1) assenza di un outcome appropriato per sovrappeso e obesità nell'infanzia; 2) Studi che includono pazienti con condizioni cliniche specifiche o rare.

Esposizione I tipi di esposizione presi in considerazione sono molteplici. I più significativi sono i seguenti:

1. Sovrappeso materno pregravidico
2. Fumo materno in gravidanza
3. Peso alla nascita
4. Allattamento al seno
5. Epoca di introduzione dei cibi solidi
6. Rapido incremento ponderale nel primo anno di vita

Altre esposizioni analizzate sono state: stato socioeconomico, composizione del nucleo familiare, parità, età materna alla nascita, grado di istruzione materna, depressione materna, etnia, tipo di parto, calo ponderale dopo il parto, aumento di peso in gravidanza e temperamento del bambino

Outcomes/Esiti Sovrappeso e obesità in età pediatrica misurati in base al valore del BMI

Tempo La ricerca è stata effettuata su lavori pubblicati tra il 1990 e maggio 2011.

Risultati principali

Dai trenta studi selezionati risulta un prevalenza media di sovrappeso del 13,2% con un range tra 5,4 e 29,6.

Gli autori identificano il sovrappeso materno pregravidico (tre studi), l'elevato peso alla nascita (sette studi) e un rapido incremento ponderale durante il corso del primo anno di vita (sei studi) come fattori di rischio forti e significativi.

La metanalisi eseguita su studi che confrontavano il tipo di allattamento (materno vs artificiale) ha osservato una diminuzione del rischio pari al 15% [AOR 0.85, 95% CI 0.74 to 0.99; I²=73.3%; n=10 studi] e quella eseguita su studi che valutavano l'esposizione al fumo materno durante la gravidanza ha concluso che la probabilità di sovrappeso e obesità era aumentata del 47% [1.47, 95% CI 1.26 to 1.73; I²=47.5%]. E' stata anche trovata una certa associazione fra la l'introduzione prima dei 4 mesi dei cibi solidi e il rischio di sovrappeso.

Evidenze discordanti sono state riscontrate per la durata dell'allattamento, lo stato socioeconomico alla nascita e la parità e lo stato civile della mamma. Non sono state dimostrate associazioni con l'età della madre, il suo livello culturale, la depressione materna e l'etnia. Per tipo di parto, calo ponderale della madre dopo il parto, aumento di peso in gravidanza e il temperamento del bambino il numero limitato degli studi non ha portato a conclusioni definite

Conclusioni

Gli autori concludono genericamente che sono identificabili diversi fattori di rischio per sovrappeso e obesità identificabili nell'infanzia utili per interventi mirati precoci

Altri studi sull'argomento

Uno studio multicentrico ha proposto una equazione di predizione alla nascita dell'obesità in età scolare. Questa equazione comprende i più noti fattori di rischio rilevabili già al primo giorno di vita (BMI dei genitori, peso alla nascita, tabagismo materno). La registrazione perciò di semplici dati inseriti poi in un sistema di calcolo potrebbe fornire un punteggio indicante il maggiore o minore rischio di obesità successiva. Di conseguenza sarebbe possibile pianificare interventi mirati.

Referenze

Morandi A, Meyre D, Lobbens S, Kleinman K, Kaakinen M, Rifas-Shiman SL, Vatin V, Gaget S, Pouta A, Hartikainen AL, Laitinen J, Ruokonen A, Das S, Khan AA, Elliott P, Maffei C, Gillman MW, Jarvelin MR, Froguel P. Estimation of newborn risk for child or adolescent obesity: lessons from longitudinal birth cohorts. *PLoS One*. 2012;7(11):e49919. doi: 0.1371/journal.pone.0049919

Che cosa aggiunge questo studio

Precedenti revisioni avevano identificato come fattori di rischio per obesità l'alto peso alla nascita, il rapido incremento di peso durante il primo anno, e il fumo materno. Oltre a confermare questi dati, la revisione segnala l'importanza anche del sovrappeso materno prima della gravidanza. Moderatamente protettivo l'introduzione dei cibi solidi dopo i 4 mesi dalla nascita. Gli studi considerati per la valutazione dell'allattamento materno risultano avere una eterogeneità abbastanza alta (I²=73%), rendendo discutibile l'effetto protettivo dell'allattamento materno.

Commento

Validità interna la ricerca non è andata più indietro nel tempo perché la ricerca dei determinanti precoci dell'obesità è di interesse relativamente recente

Disegno dello studio: Revisione sistematica con l'esecuzione di metanalisi nei casi dove era possibile. Il quesito è stato ben esplicitato. La ricerca dei lavori si è limitata a banche dati elettroniche. Purtroppo un solo ricercatore ha raccolto gli studi; due ricercatori hanno valutato indipendentemente i singoli studi utilizzando la scala di Newcastle-Ottawa (scala che misura la qualità epidemiologica in base alla selezione e comparabilità dei gruppi di studio ed alla modalità di riscontro degli esiti) senza però inserire alcun cut-off di validità, ma accettando tutti gli studi indipendentemente dal risultato di tale valutazione. Manca una tabella riassuntiva delle caratteristiche principali degli studi presi in considerazione nella revisione sistematica.

Esiti: E' riportata la combinazione OR e 95% IC solo per fumo in gravidanza e allattamento. Gli autori affermano come sia le esposizioni sia i risultati degli studi siano stati spesso raccolti mediante interviste ai genitori, e come in molti studi il numero dei persi al follow-up sia elevato e la loro descrizione mancante.

Sarebbe utile una valutazione effettuata solo sugli studi metodologicamente corretti, con esclusione degli studi ad elevato rischio di bias.

Trasferibilità

Popolazione studiata: Sovrappeso e obesità sono problemi ormai molto diffusi e gli studi oggetto della revisione affrontano il problema cercando degli elementi utili agli operatori sanitari per un intervento precoce di prevenzione.

La popolazione studiata è del tutto sovrapponibile alla nostra e di conseguenza i risultati sono pienamente trasferibili nella nostra realtà

Tipo di intervento: La lettura dello studio identifica chiaramente il fumo materno come importante fattore di rischio per obesità. Tuttavia non è possibile estrapolare altre misure utili per valutare possibili rischi in un ambulatorio delle cure primarie: i valori di peso alla nascita sono descritti solo per alcuni articoli della metanalisi e non vengono associati all'età gestazionale; mancano le indicazioni sulla misura dell'incremento ponderale rapido nel primo anno di vita; non viene valutato il periodo di allattamento materno efficace nel ridurre il rischio di sovrappeso.