

Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (luglio – agosto 2018)

Il CDSR è il database della Cochrane Library che contiene le revisioni sistematiche (RS) originali prodotte dalla Cochrane Collaboration. L'accesso a questa banca dati è a pagamento per il full text, gratuito per gli abstracts (con motore di ricerca). L'elenco completo delle nuove RS e di quelle aggiornate è disponibile su internet. Di seguito è riportato l'elenco delle nuove revisioni di area pediatrica da luglio ad agosto 2018. La selezione è stata realizzata dalla redazione della newsletter pediatrica. Cliccando sul titolo si viene indirizzati all'abstract completo disponibile in MEDLINE, la banca dati governativa americana, o presso la Cochrane Library. Di alcune revisioni vi offriamo la traduzione italiana delle conclusioni degli autori.

Nuove revisioni sistematiche di area pediatrica luglio-agosto 2018 (Issue 07- 08 2018)

1. Antibiotics for prolonged moist cough in children
2. Treatment for chronic Staphylococcus aureus chest infection in people with cystic fibrosis
3. Parent training for parents with intellectual disabilities
4. Clobazam monotherapy for focal or generalized seizures
5. Different infusion durations for preventing platinum-induced hearing loss in children with cancer
6. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill people
7. Vitamin A and beta (β)-carotene supplementation for cystic fibrosis
8. Enteral nutrition for maintenance of remission in Crohn's disease
9. Glucocorticoids for croup in children
10. Red blood cell transfusion to treat or prevent complications in sickle cell disease: an overview of Cochrane reviews
11. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies
12. Ear drops for the removal of ear wax
13. Communication training for parents of preschool children with motor disorders
14. Is vitamin D an effective and safe addition to antibiotics to treat children with acute pneumonia?
15. Ketorolac for short-term pain after surgery in children
16. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low - and middle-income countries affected by humanitarian crises
17. Antifibrinolytic therapy for preventing oral bleeding in people on anticoagulants undergoing minor oral surgery or dental extractions
18. Effect of cutting down the amount of fat on bodyweight in children
19. Immunonutrition for patients undergoing surgery for head and neck cancer
20. Needle size for vaccination procedures in children and adolescents
21. Sodium valproate versus phenytoin monotherapy for epilepsy: an individual participant data review
22. Calcium channel blockers for preventing cardiomyopathy due to iron overload in people with transfusion-dependent beta thalassaemia
23. Enteral nutrition for maintenance of remission in Crohn's disease
24. Maxillary distraction osteogenesis versus orthognathic surgery for cleft lip and palate patients
25. Treatment for HIV-associated cryptococcal meningitis
26. Early versus delayed antiretroviral treatment in HIV-positive people with cryptococcal meningitis
27. Initial arch wires used in orthodontic treatment with fixed appliances
28. Metformin for women who are overweight or obese during pregnancy for improving maternal and infant outcomes
29. Client feedback in psychological therapy for children and adolescents with mental health problems
30. Cooling plus inhaled xenon for newborns with hypoxic-ischaemic encephalopathy
31. E-health interventions for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions
32. How accurate are diagnostic tools for autism spectrum disorder in preschool children?
33. Interventions for treating distal intestinal obstruction syndrome (DIOS) in cystic fibrosis
34. CFTR correctors, a therapy for cystic fibrosis targeted at specific mutations
35. Drugs for treating Buruli ulcer (Mycobacterium ulcerans disease)
36. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care
37. Carbohydrate supplementation of human milk to promote growth in preterm infants
38. Xenon as an adjuvant to therapeutic hypothermia in near-term and term newborns with hypoxic-ischaemic encephalopathy
39. Xpert® MTB/RIF assay for extrapulmonary tuberculosis and rifampicin resistance

Antibiotici per tosse catarrale persistente nei bambini

Marchant JM, et al

Antibiotics for prolonged moist cough in children

The Cochrane Library, 2018

Sono stati inclusi 3 studi che hanno utilizzato amoxicillina acido clavulanico (2 studi) ed eritromicina (1 studio) per 7-14 giorni in 190 bambini con tosse persistente (> 4 settimane) di età compresa tra 21 mesi e 6 anni. Il tasso di cura è stato di 1 bambino guarito ogni 3 trattati. Gli antibiotici inoltre prevenivano il peggioramento in un bambino ogni 4 trattati. La qualità dell'evidenza è risultata moderata.

Gocce auricolari per la rimozione del cerume

Aaron K et al.

Ear drops for the removal of ear wax

The Cochrane Library, 2018

Sono stati trovati 10 studi con 623 partecipanti; solo 6 studi con 360 partecipanti, sia adulti che bambini con blocco di cerume completo o parziale, fornivano dati utili per l'outcome primario: la percentuale di pazienti con completa eliminazione del cerume. I 10 studi inclusi hanno valutato gocce oleose (polipeptide di trietanolamina, olio di mandorla, benzocaina, clorobutanolo), gocce acquose (docusato sodico, perossido di carbammide, fenazone, salicilato di colina, perossido di urea, carbonato di potassio), soluzione salina, acqua o nessun trattamento. Solo uno studio ha confrontato le gocce con un principio attivo con nessun trattamento. Le gocce possono aumentare la percentuale di rimozione del cerume da 1:20 (nessun trattamento) a circa 1:5 (con le gocce). Non è stata trovata alcuna evidenza che le gocce su base oleosa o su base acquosa siano differenti rispetto alla soluzione salina o all'acqua; tuttavia non c'è nemmeno evidenza che l'acqua o la soluzione salina siano meglio di nessun trattamento. Non comuni e lievi gli effetti avversi. La qualità delle evidenze è risultata bassa. In conclusione le gocce auricolari possono aiutare a rimuovere il cerume, ma non è chiaro che tipo sia meglio.

Clobazam in monoterapia per le convulsioni focali o generalizzate

Arya R, et al.

Clobazam monotherapy for focal or generalized seizures

The Cochrane Library, 2018

Sono stati identificati 3 studi di bassa qualità che hanno confrontato carbamazepina e fenitoina. Nei soggetti con convulsioni generalizzate o focali non precedentemente trattate non si è osservato alcun vantaggio di clobazam rispetto a carbamazepina nel mantenimento a 12 mesi. In uno studio di soggetti con convulsioni da neurocisticercosi è stato notato un lieve vantaggio di clobazam rispetto a fenitoina a 6 mesi. In bambini con epilessia benigna a punte centrottemporali non sono state trovate differenze significative tra clobazam e carbamazepina sul controllo delle crisi tra le 4 e le 40 settimane, e durante gli ultimi 9 mesi di trattamento. Tuttavia i partecipanti trattati con clobazam hanno

raggiunto un più rapido controllo delle crisi. A oggi le evidenze sono insufficienti per introdurre nella pratica clinica il clobazam in monoterapia nelle convulsioni focali o generalizzate. Inoltre la qualità delle evidenze per gli outcome è limitata da problemi di disegno degli studi e dalle ridotte dimensioni del campione.

La vitamina D in aggiunta agli antibiotici per trattare i bambini con polmonite acuta è sicura ed efficace?

Das RR, et al.

Is vitamin D an effective and safe addition to antibiotics to treat children with acute pneumonia?

The Cochrane Library, 2018

Sono stati inclusi 7 studi per un totale di 1.529 bambini [780 con polmonite (4 studi) e 749 con polmonite grave (3 studi)] di età <5 anni in paesi a basso reddito. In 4 studi, è stata utilizzata una singola grande dose di vitamina D all'arruolamento o entro 24 ore dal ricovero; in due studi la vitamina D è stata utilizzata per 5 giorni e in uno studio per 2 giorni. Uno studio ha escluso i bambini con livelli normali di vitamina D. Uno studio ha riportato la causa della polmonite. A causa della bassa qualità delle evidenze non vi è certezza che la vitamina D abbia un effetto importante sugli outcome. La vitamina D potrebbe lievemente ridurre il tempo per il miglioramento nella polmonite acuta (circa 60 minuti) e il rischio di morte, aumentare il tempo di permanenza in ospedale (circa 30 minuti) e il tempo di sfebbramento (circa 90 minuti). Tuttavia non c'è una differenza significativa tra i gruppi per questi outcome. Non sono riportati eventi avversi maggiori.

Terapia psicologica per il trattamento della salute mentale in paesi a basso e medio reddito con tragedie umanitarie di massa

Purgato M

Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low - and middle-income countries affected by humanitarian crises

The Cochrane Library, 2018

C'è un'evidenza di bassa qualità che le terapie psicologiche abbiano effetti moderati o grandi nel ridurre PTSD, sintomi depressivi e ansiosi in adulti residenti in setting umanitari in LMICs. Gli effetti del trattamento valutati a uno, quattro e sei mesi sono risultati più piccoli. Pochi trial si sono focalizzati su bambini e adolescenti e hanno fornito evidenza di bassa qualità sull'effetto positivo delle terapie psicologiche nel ridurre i sintomi PTSD all'endpoint. La fiducia in questi dati risente del rischio di bias negli studi e dal sostanziale livello di eterogeneità.

Effetto della riduzione dell'apporto di grassi sul peso corporeo nei bambini

Naude CE et al.

Effect of cutting down the amount of fat on bodyweight in children

The Cochrane Library, 2018

Questa review ha valutato gli effetti di mangiare meno grassi sul peso corporeo e sull'essere grassi in bambini sani tra i 2 e i 18 anni che non avevano l'obiettivo di perdere peso. Sono stati trovati 3 RCT con 1.054 bambini (di età 4 - 11 anni in due studi e 12 - 13 anni in uno studio) in paesi ad alto reddito. Sono stati studiati diversi tipi di intervento, tra cui sessioni educative o informative individuali o di gruppo, svolte in ospedali, scuole o domicilio da parte di dietisti, nutrizionisti o insegnanti. Gli interventi erano volti ad aiutare il bambino a mangiare meno grassi (30% o meno dell'energia totale giornaliera). Gli interventi sono stati confrontati con l'assunzione di grassi abituale o modificata (più del 30% dell'energia totale giornaliera) per un periodo tra 1 e 7 anni. Alcuni di questi risultati hanno mostrato che un più basso apporto di grassi può ridurre il BMI e i livelli ematici di differenti tipi di colesterolo. Tuttavia questi effetti variavano nel tempo, e alcuni risultati mostravano che un apporto ridotto di grassi faceva poca o nessuna differenza. Un trial ha evidenziato che un apporto ridotto di grassi non ha alcun effetto sul livello di colesterolo HDL e non sembra avere effetti sull'altezza rispetto ad apporti più elevati. Questa evidenza potrebbe non essere trasferibile a bambini sani visto che due studi sono stati eseguiti in bambini con livelli aumentati di colesterolo. Sono stati analizzati anche 21 studi di coorte (25.059 bambini) che hanno misurato l'apporto di grassi e peso, BMI e altri dati antropometrici nel tempo. Più della metà di questi studi suggeriva che aumentando l'apporto totale di grassi, anche il grasso corporeo va nella stessa direzione. Tuttavia i risultati variavano tra i diversi studi e non può essere tratta alcuna conclusione certa.

Ketorolac per il dolore post-chirurgico nei bambini

McNicol ED, et al.

Ketorolac for short-term pain after surgery in children

The Cochrane Library, 2018

Sono stati inclusi 13 studi (920 bambini) con differente disegno, dose, timing e numero di somministrazioni di ketorolac, e che hanno confrontato ketorolac con placebo o un altro farmaco. Non sono state reperite sufficienti informazioni per un'analisi statistica dei punti di interesse: il numero di bambini con una riduzione del dolore di almeno il 50%; o l'intensità media del dolore. 4 studi singolarmente hanno rilevato che ketorolac era migliore del placebo nel ridurre l'intensità del dolore, ma erano piccoli e con diverso disegno. Sono state trovate più informazioni per altre valutazioni, come il numero di bambini che hanno necessitato di farmaci ulteriori per il dolore, e in che quantità. Nel gruppo ketorolac meno bambini hanno necessitato di farmaci aggiuntivi rispetto al gruppo placebo. Nelle 4 ore successive all'assunzione del farmaco in studio i bambini trattati con ketorolac necessitavano lievemente meno di farmaci aggiuntivi rispetto a quelli trattati con placebo. Non sono state trovate sufficienti informazioni per il confronto diretto tra ketorolac e altri farmaci, né per la valutazione degli effetti collaterali. Pochissimi bambini sono usciti dagli studi per gli effetti collaterali. La qualità delle evidenze è stata giudicata molto bassa, insufficiente per sostenere o rigettare l'uso di ketorolac nel trattamento del dolore postoperatorio nei bambini.

Feedback del cliente nella terapia psicologica per bambini e adolescenti con problemi di salute mentale

Bergman H, et al.

Client feedback in psychological therapy for children and adolescents with mental health problems

The Cochrane Library, 2018

C'è evidenza empirica che l'utilizzo di strumenti di feedback del cliente nella psicoterapia dell'adulto migliori gli esiti e la risposta. Questa review vuole fornire una migliore comprensione del ruolo attuale di questa pratica nella psicoterapia per bambini e adolescenti e l'orientamento futuro per promuovere una pratica evidence-based. Sono stati inclusi 6 RCT (1.097 soggetti) dove bambini e adolescenti con problemi di salute mentale fossero randomizzati a ricevere psicoterapia con feedback del cliente o psicoterapia standard. La maggior parte di questi studi è stata realizzata in USA con ragazzi dagli 11 ai 18 anni. Non c'è chiara evidenza dell'efficacia del client feedback nella psicoterapia per bambini e adolescenti. Sono necessari studi di alta qualità, condotti anche in paesi diversi dagli USA e che arruolino bambini di età inferiore a 10 anni.

Interventi sanitari digitali per ansia e depressione in bambini e adolescenti con patologia cronica

Thabrew H, et al.

E-health interventions for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions

The Cochrane Library, 2018

E' stata condotta una review per rispondere a due quesiti: 1. gli interventi e-health sono migliori di altre terapie selezionate o di una lista d'attesa nel ridurre i sintomi di ansietà e depressione in bambini e adolescenti con patologie croniche organiche? 2. gli interventi e-health sono accettabili per questi bambini e adolescenti? sono stati inclusi 5 studi, su 3 interventi e-health [Breathe Easier Online, Web-MAP, e multimodal cognitive behavioural therapy (CBT)], somministrati a 463 ragazzi di età 10 - 18 anni. Sebbene alcuni di questi interventi risultassero accettabili agli utilizzatori, nessuno è risultato chiaramente migliore di una serie di terapie selezionate o di una lista d'attesa nel ridurre i sintomi di ansietà o depressione. Attualmente l'efficacia di questo tipo di interventi è incerta, a causa della bassa qualità delle evidenze.

Quanto sono accurati gli strumenti diagnostici per disordini dello spettro autistico nei bambini in età prescolare?

Randall M, et al.

How accurate are diagnostic tools for autism spectrum disorder in preschool children?

The Cochrane Library, 2018

Sono stati revisionati 6 studi: 4 hanno raccolto informazioni sul comportamento dei bambini attraverso interviste ai genitori o ai caregiver [Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), Gilliam Autism Rating Scale (GARS), Diagnostic Interview for Social and Communication Disorder (DISCO), and Develop-

mental, Dimensional, and Diagnostic Interview (3di)]; uno si basava sull'osservazione di specifici comportamenti da parte di un professionista formato [Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS); e uno comprendeva sia l'osservazione che l'intervista ai genitori (Childhood Autism Rating Scale (CARS)]. La review ha incluso 21 set di analisi condotti su 2.900 bambini. Sono disponibili risultati solo per 3 strumenti ADOS (Moduli 1 e 2), CARS, and ADI-R. Se gli strumenti fossero applicati a 1.000 bambini, di cui 740 con ASD, rispettivamente 696, 592, and 385 sarebbero correttamente identificati attraverso ADOS, CARS, e ADI-R, mentre 52, 31, e 42 bambini senza ASD sarebbero erroneamente classificati come ASD. Dei 260 bambini senza ASD, 208, 229, and 218 sarebbero correttamente classificati rispettivamente da ADOS, CARS, and ADI-R, mentre 44, 148, and 355 bambini con ASD sarebbero erroneamente classificati come non ASD. Uno studio ha documentato che utilizzare insieme ADI-R e ADOS non risultava più accurato che utilizzare solo ADOS. I dati attuali suggeriscono che ADOS è lo strumento migliore per non perdere bambini con ASD ed è simile a CARS e ADI-R nel non diagnosticare erroneamente ASD in bambini non affetti. ADOS ha un'accuratezza accettabile nelle popolazioni ad alta prevalenza di ASD. Tuttavia se questi strumenti fossero usati in popolazioni con bassa prevalenza di ASD, una più alta percentuale di soggetti non ASD probabilmente riceverebbe una diagnosi di ASD. Questi metodi, comunemente usati nella ricerca, non sempre replicano la valutazione multidisciplinare raccomandata per la diagnosi clinica. Sono emersi problemi su come sono stati condotti alcuni studi e la presenza di conflitto di interessi, tali per cui ADOS, CARS, and ADI-R, apparirebbero più accurati di quanto siano in realtà. Ad oggi il numero di bambini inclusi negli studi, compresi gli studi che confrontavano l'accuratezza di diversi strumenti, sono insufficienti per ispirare fiducia in questi risultati.

I glucocorticoidi per il croup nei bambini

Gates A, et al.

Glucocorticoids for croup in children

The Cochrane Library, 2018

Aggiornamento di una revisione pubblicata nel 1999 aggiornata nel 2004 e 2011. Sono stati inclusi RCT che hanno studiato bambini 0-18 anni con croup e misurato gli effetti dei glucocorticoidi, soli o in combinazione, rispetto a placebo o altro trattamento farmacologico. Gli studi dovevano riportare almeno uno degli outcome primari o secondari: modifica dello score del croup, visite successive, ricoveri, durata della degenza, miglioramento del paziente, uso di terapie aggiuntive, effetti avversi. Sono stati aggiunti 5 nuovi RCT con 330 bambini, per cui la review attualmente comprende 43 RCT con un totale di 4565 bambini. Il 98% degli studi è stato giudicato a rischio di bias elevato o incerto. Rispetto al placebo, i glucocorticoidi miglioravano i sintomi di croup a 2 ore [differenza media standardizzata (SMD) -0.65, 95% CI -1.13 a -0.18; 7 RCT; 426 bambini; evidenza di qualità moderata moderata], e l'effetto durava almeno 24 ore (SMD -0.86, 95% CI -1.40 a -0.31; 8 RCT; 351 bambini; evidenza di qualità bassa). Rispetto al placebo, i glucocorticoidi riducevano il tasso di visite successive o ricoveri o entrambi (risk ratio 0.52, 95% CI 0.36

a 0.75; 10 RCT; 1.679 bambini; evidenza di qualità moderata). Il trattamento con glucocorticoidi riduceva la durata della degenza di circa 15 ore (differenza media -14.90, 95% CI -23.58 a -6.22; 8 RCT; 476 bambini). Erano rari gli eventi avversi gravi. Rimane incertezza rispetto al principio ottimale, dose e modalità di somministrazione dei glucocorticoidi. Rispetto alla versione precedente, che riportava una riduzione dei sintomi di croup entro 6 ore, le conclusioni sono cambiate.

Supplementazione del latte umano con carboidrati per promuovere la crescita nei prematuri

Amissah EA, et al.

Carbohydrate supplementation of human milk to promote growth in preterm infants

The Cochrane Library, 2018

I prematuri hanno scarse riserve di glicogeno e necessitano di un più elevato apporto di glucosio per affrontare i ritmi di crescita fetale, che il latte materno potrebbe non garantire. Questo aggiornamento di una Cochrane Review pubblicata nel 1999 ha l'obiettivo di determinare se l'alimentazione con latte umano supplementato con carboidrati, rispetto a quello non supplementato, migliora la crescita, la composizione corporea, gli esiti cardio-metabolici e il neurosviluppo senza significativi effetti collaterali. È risultato eligibile uno studio quasi-RCT che ha valutato la supplementazione del latte umano con carboidrati sotto forma di prebiotici in 75 prematuri. Sono state identificate due pubblicazioni relative allo stesso studio con differenti metodi di cecità e randomizzazione, che gli autori non hanno chiarito. All'età di 30 giorni il peso medio dei prematuri studiati era superiore nel gruppo supplementato (MD 160.4 grammi, 95% CI 12.4 a 308.4 grammi; un RCT, N = 75; evidenza di qualità molto bassa). Non c'è una chiara differenza nel rischio di intolleranza alimentare (RR 0.64, 95% CI 0.36 a 1.15; un RCT, N = 75; evidenza di qualità molto bassa) o enterocolite necrotizzante (NEC) (RR 0.2, 95% CI 0.02 a 1.3; un RCT, N = 75; evidenza di qualità molto bassa) tra il gruppo supplementato con prebiotici e il non supplementato. La durata dell'ospedalizzazione è risultata più breve nel gruppo supplementato con una mediana (range) di 16 (da 9 a 45) giorni (95% CI 15.34 a 24.09) e 25 (11 to 80) giorni (95% CI 25.52 a 34.39), rispettivamente. In conclusione le evidenze sugli effetti a breve e lungo della termine della supplementazione con carboidrati del latte umano nei prematuri sono limitate, tuttavia questo studio dimostra la fattibilità di questo intervento nei paesi ad alto e medio reddito. Sebbene la supplementazione con carboidrati prebiotici sia un tema di ricerca, non prevediamo che siano condotti ulteriori studi sui carboidrati, visto che attualmente costituiscono una componente di fortificazioni multi-nutrienti; quindi non si prevede di pubblicare nuovi aggiornamenti di questa revisione.