

Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (gennaio – febbraio 2019)

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 gennaio a febbraio 2019. 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 gennaio-febbraio 2019 (Issue 1- 2, 2019)

1. C-reactive protein for diagnosing late-onset infection in newborn infants
2. Continuous positive airway pressure (CPAP) for acute bronchiolitis in children
3. Intermittent iron supplementation for reducing anaemia and its associated impairments in adolescent and adult menstruating women
4. Phosphodiesterase 5 inhibitors for pulmonary hypertension
5. School-based self-management interventions for asthma in children and adolescents: a mixed methods systematic review
6. Topiramate for juvenile myoclonic epilepsy
7. Oral H1 antihistamines as 'add-on' therapy to topical treatment for eczema
8. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders
9. Interventions for emergency contraception
10. Postoperative epidural analgesia versus systemic analgesia for thoraco-lumbar spine surgery in children
11. Potentiators (specific therapies for class III and IV mutations) for cystic fibrosis
12. Chest physiotherapy for pneumonia in children
13. Education of family members to support weaning to solids and nutrition in infants born preterm
14. Parenteral versus oral iron therapy for adults and children with chronic kidney disease
15. Interventions for primary vesicoureteric reflux
16. Effectiveness of provision of animal-source foods for supporting optimal growth and development in children 6 to 59 months of age
17. Antibiotic treatment for newborns with congenital syphilis
18. Late erythropoiesis-stimulating agents to prevent red blood cell transfusion in preterm or low birth weight infants
19. Active versus expectant management for women in the third stage of labour
20. Dietary interventions for induction and maintenance of remission in inflammatory bowel disease
21. Ethosuximide, sodium valproate or lamotrigine for absence seizures in children and adolescents
22. Antibiotics for induction and maintenance of remission in

Crohn's disease

23. Interventions for treating traumatised permanent front teeth: avulsed (knocked out) and replanted

24. Needle aspiration versus intercostal tube drainage for pneumothorax in the newborn

Trattamento del reflusso vescico-ureterale primario (RVU)

Williams G, et al.

Interventions for primary vesicoureteric reflux

The Cochrane Library, 2019

Questa revisione ha valutato 34 RCT (4.001 bambini) sul trattamento del RVU. I trattamenti considerati, da soli o combinati, sono stati: profilassi antibiotica, reimpianto chirurgico di ureteri, trattamento endoscopico iniettivo, probiotici, prodotti a base di mirtillo rosso, circoncisione e ossibutinina. Molti studi omettono le informazioni metodologiche cruciali utilizzabili per valutare il rischio di bias e solo 4 sono stati considerati a basso rischio di bias in tutti i campi valutati. La profilassi antibiotica rispetto a nessun trattamento / placebo risulta essere di poca o nessuna differenza rispetto al rischio di IVU sintomatica ripetuta (9 studi, 1.667 bambini: RR 0.77, IC 95% 0.54, 1.09, evidenza di bassa qualità) e di IVU febbrile (RR 0.83, IC 95% 0.56, 1.21, evidenza di bassa qualità). A 1-3 anni, la profilassi antibiotica determina poca o nessuna differenza nel rischio di danno renale nuovo o progressivo alla scansione DMSA (8 studi, 1503 bambini: RR 0.73, IC 95% 0.33, 1.61, evidenza di bassa qualità). Non ci sono differenze tra gli eventi avversi nei 4 studi che li hanno riportati, ma la profilassi antibiotica aumenta di 3 volte la probabilità di resistenza ai farmaci antibatterici (187 UTI, RR 2.97, IC 95% 1.54, 5.74, evidenza di qualità moderata). Sette studi hanno confrontato la sola profilassi antibiotica a lungo termine con il reimpianto chirurgico degli ureteri associati agli antibiotici, ma solo 2 hanno riportato l'esito IVU febbrile (429 bambini). L'associazione chirurgia con la profilassi antibiotica riduce il rischio di IVU febbrile ripetuta del 57% (RR 0.43, IC 95% 0.27, 0.70, evidenza di qualità moderata), tuttavia il campione di questi studi non è rappresentativo di tutti gli affetti da RVU, quindi questo dato non è generalizzabile. Quattro studi hanno confrontato il trattamento endoscopico verso la sola profilassi antibiotica e tre hanno riportato l'esito IVU febbrile. Questa analisi ha mostrato una differenza minima o nulla nel rischio di IVU febbrile del trattamento endoscopico rispetto alla profilassi antibiotica (RR 0.74, IC 95% 0.31, 1.78, evidenza di qualità bassa). Due studi hanno confrontato i probiotici con la profilassi antibiotica e hanno mostrato una differenza minima o nulla di rischio di UTI sintomatica ripetuta (RR 0.82, IC 95% 0.56, 1.21, evidenza di qualità bassa). Non è possibile trarre conclusioni definitive dai singoli studi che hanno confrontato la circoncisione con gli antibiotici, i prodotti a base di mirtillo verso nessun trattamento, l'ossibutinina con il placebo, due diverse tecniche chirurgiche e l'iniezione endoscopica verso nessun trattamento.

Ventilazione meccanica a pressione positiva continua (CPAP) per la bronchiolite acuta nei bambini

Jat KR, et al.

Continuous positive airway pressure (CPAP) for acute bronchiolitis in children

The Cochrane Library, 2019

Questa revisione include 3 studi (122 bambini, fino a 12 mesi d'età). La CPAP sembra migliorare il respiro dei bambini con bronchiolite riducendone la frequenza respiratoria, anche se la qualità delle evidenze è bassa e occorrono nuovi studi di potenza più adeguata per trarre conclusioni di certezza. L'effetto della CPAP nei bambini con bronchiolite acuta è incerta per altri outcome (durata del ricovero, saturazione O₂ arterioso, pCO₂ arteriosa, pneumotorace, osservazione breve intensiva, morte).

Interventi di autogestione scolastica per l'asma nei bambini e negli adolescenti: una revisione sistematica di diversi metodi

Harris K, et al.

School-based self-management interventions for asthma in children and adolescents: a mixed methods systematic review

The Cochrane Library, 2019

Questa revisione ha valutato studi sulla gestione dell'asma attraverso interventi a scuola. Sono stati considerati interventi con l'obiettivo di aiutare i bambini a migliorare la gestione della loro asma, aumentando la conoscenza, migliorando le abilità o modificando il proprio comportamento. Sono stati inclusi 55 studi; 33 di questi (14.174 bambini) hanno migliorato la comprensione sul modo più efficace per fornire un intervento di autogestione dell'asma. 33 studi (12.623 bambini) hanno chiarito se questi interventi hanno successo nel migliorare la salute e il benessere dei bambini; 11 studi hanno contribuito ad entrambi. Molti studi erano condotti in Nord America in fasce della popolazione socialmente svantaggiata. Le prove di efficacia indicano che gli interventi di autogestione scolastica possono aiutare i bambini con asma e ridurre i ricoveri ospedalieri e le visite al pronto soccorso. Possono anche ridurre il numero di giorni in cui i bambini presentano sintomi di asma e probabilmente portano a piccoli miglioramenti nella qualità della vita correlata all'asma. Gli interventi che hanno avuto un quadro teorico di riferimento chiaro e che hanno coinvolto i genitori sono stati associati a maggior successo.

Uso degli antistaminici anti-H1 come terapia aggiuntiva nell'eczema

Matterne U, et al.

Oral H1 antihistamines as 'add-on' therapy to topical treatment for eczema

The Cochrane Library, 2019

In questa revisione sono stati inclusi 25 studi (3.285 partecipanti

randomizzati). Diciassette studi hanno incluso 1.344 adulti e otto studi hanno incluso 1.941 bambini. La maggior parte degli studi non ha riportato la gravità di base dell'eczema, ma gli studi sono stati condotti soprattutto in contesti di assistenza secondaria, quindi è probabile che siano stati reclutati pazienti con forme più gravi. La durata del trattamento era molto variabile (da 3 giorni a 18 mesi). I ricercatori hanno studiato 13 diversi trattamenti anti-H1. Non è stato possibile effettuare la metanalisi a causa dell'alta eterogeneità in termini di durata e dose di intervento, terapia topica concomitante e valutazione dei risultati. Il rischio di bias non era generalmente chiaro, ma cinque studi avevano un alto rischio di bias in un dominio. Solo uno studio misurava la qualità della vita. Gli antistaminici anti-H1 non sono efficaci come terapia aggiuntiva per l'eczema (evidenza di qualità bassa e moderata). Tuttavia, la fexofenadina porta a un piccolo miglioramento nel prurito valutato dal paziente, mentre non previene le riacutizzazioni dell'eczema. La cetirizina non è migliore del placebo in termini di segni clinici valutati dal medico né di sintomi valutati dal paziente, e la loratadina non è più efficace del placebo. Tutti gli interventi sono sicuri.

Etosuccimide, Valproato o Lamotrigina per crisi di assenza in bambini e adolescenti

Brigo F, et al.

Ethosuximide, sodium valproate or lamotrigine for absence seizures in children and adolescents

The Cochrane Library, 2019

La revisione sistematica raccoglie solo 8 RCT, 6 dei quali di bassa qualità metodologica e 7 che hanno arruolato un numero inferiore a 50 pazienti. Per quanto riguarda sia l'efficacia che la tollerabilità, l'etosuccimide rappresenta la monoterapia empirica iniziale ottimale per bambini e adolescenti con crisi di assenza. Tuttavia, se coesistono assenza e convulsioni tonico-cloniche generalizzate, il valproato dovrebbe essere preferito, poiché l'etosuccimide è probabilmente inefficace nelle crisi tonico-cloniche.