

La sorveglianza della letteratura per il pediatra

Bollettino bimestrale

Numero 5 ottobre-novembre 2004

Su questo numero

Presentazione	pag. 2
Letteratura primaria	
Test cutaneo mirato e trattamento dell'infezione tubercolare latente	pag. 3
Plagiocefalia nei primi 2 anni di vita	pag. 3
Screening della violenza domestica in pediatria ambulatoriale	pag. 3
La diagnosi della carenza di ferro borderline	pag. 4
Revisione sistematica sull'utilizzo del fluticasone inalatorio nell'asma	pag. 5
Bronchiolite nella prima infanzia e rischio di asma in età adulta	pag. 6
Saturazione di O2 per predire la durata del trattamento nell'asma acuta	pag. 6
Un intervento per ridurre il comportamento violento di bambini e adolescenti	pag. 6
Attenzione alle sigarette "light"	pag. 7
Disturbi e patologie del comportamento in età pediatrica	pag. 7
Griseofulvina vs terbinafina per il trattamento della tinea capitis	pag. 8
Fumo materno e disregolazione gastrointestinale nella prima infanzia	pag. 9
Pianto eccessivo e incontrollato dopo i 3 mesi di vita e sviluppo cognitivo	pag. 9
Attività fisica tra i bambini che frequentano la scuola per l'infanzia	pag. 9
Attitudini dei genitori e peso dei bambini	pag. 10
Ancora su acido folico peri-concezionale	pag. 11
Declino nell'incidenza di varicella in Galles prima della vaccinazione di massa	pag. 12
Dermatite atopica: fattori di rischio e trattamento con probiotici	pag. 13
Stipsi cronica e refrattaria e allergia al latte	pag. 14
Agopuntura per il trattamento della rinite allergica persistente	pag. 14
Conoscenze in ambito pediatrico dei genitori immigrati negli USA	pag. 15
In breve	pag. 15

IMPORTANTE: la distribuzione della newsletter è limitata ai soci ACP ed avviene per posta elettronica. Per ricevere la newsletter è necessario iscriversi al servizio inviando una e-mail all'indirizzo csb.trieste@iol.it 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.

Per corrispondenza:

Luca Ronfani, c/o Centro per la Salute del bambino/ONLUS, via dei Burlo 1, 34100, Trieste

Email: csb.trieste@iol.it

Tel: 040 3220447

Fax : 040 3224842

Carissimi,

vi riportiamo brevemente i risultati del questionario di valutazione dei primi numeri della newsletter distribuito all'ultimo congresso ACP e via e-mail. Al momento hanno restituito il questionario 58 pediatri. Il 54% di questi era venuto a conoscenza della newsletter attraverso gruppi ACP e il 37% attraverso Quaderni ACP. Il servizio è stato considerato abbastanza rilevante dal 16% dei pediatri, rilevante dal 33% e molto rilevante dal 52%. Tutti hanno ritenuto il servizio utile per il proprio aggiornamento e quasi tutti (98%) per la propria attività professionale. Per quanto riguarda la qualità dell'aggiornamento fornita dal servizio, il 14% la ritiene soddisfacente, il 47% buona e il 35% eccellente. In 2 casi (4%) la qualità è stata considerata mediocre.

La possibilità che il singolo pediatra o gruppo ACP possa segnalare alla "redazione" della newsletter articoli ritenuti rilevanti è stata considerata utile dall'85% di coloro che hanno risposto ma sostanzialmente impraticabile. Il 70% ha infatti dichiarato di non essere in grado di realizzare la segnalazione per mancanza di strumenti quali accesso alle riviste e capacità di utilizzo di Internet (49%), mancanza di tempo (37%), non buona conoscenza dell'inglese (14%).

Emerge ancora dal questionario la necessità e la voglia di formazione su questi temi. L'86% ha infatti dichiarato essere interessato a migliorare la propria capacità di lettura critica degli articoli attraverso iniziative specifiche di formazione (sia residenziale che a distanza).

Ci sembra che gli ultimi due punti siano importanti: la mancanza di strumenti per realizzare un lavoro di sorveglianza "personale" della letteratura e la voglia di acquisirli. Il miglioramento delle capacità di identificare e reperire articoli e di valutarli criticamente dovrebbe essere una delle ricadute (la principale) della newsletter. Come già ribadito più volte, il nostro obiettivo è quello di arrivare ad una newsletter partecipata dai gruppi e dai singoli, magari grazie a periodiche riunioni di Journal Club organizzate localmente. L'ACP e il CSB cercheranno di lavorare anche in questa direzione nei prossimi mesi identificando ad esempio possibili modelli di lavoro applicabili a livello locale.

Se volete contribuire alla valutazione chiedeteci il questionario.

Segnaliamo infine che gli arretrati della newsletter sono disponibili sul sito del CSB ([vedi](#)).

Michele Gangemi (Presidente ACP)

Luca Ronfani (Responsabile Scientifico CSB)

[Torna all'indice](#)

Cos'è la newsletter

- La newsletter nasce come strumento di aggiornamento per il pediatra di famiglia o ospedaliero generalista.
- Rientra in una convenzione stipulata tra l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) e il Centro per la Salute del Bambino (CSB) e si rivolge ai soci ACP.
- Vengono sorvegliate in maniera sistematica da un gruppo di pediatri di famiglia e ospedalieri 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
 - Paediatric Infectious Disease Journal.
- Viene analizzata periodicamente la Cochrane Library per identificare revisioni sistematiche di possibile interesse per il pediatra.
- Ogni 2 mesi viene prodotto un bollettino distribuito ai soci ACP iscritti al servizio.

Istruzioni per l'uso

La newsletter è stata pensata per un utilizzo elettronico (direttamente da PC). Gli articoli selezionati vengono presentati con un riassunto dei principali risultati e con un breve commento; è presente un collegamento ipertestuale all'abstract e, dove possibile, al testo completo dell'articolo citato (la cui referenza viene comunque riportata alla fine di ciascun paragrafo). Cliccando sulle parti blu (CTRL + click in caso di Windows XP) dopo essersi collegati ad Internet si può dunque visualizzare abstract o testo completo.

Letteratura primaria

Test cutaneo mirato e trattamento dell'infezione tubercolare latente.

Pediatrics di ottobre presenta le nuove linee guida sull'argomento realizzate dal Pediatric Tuberculosis Collaborative Group dell'American Academy of Pediatrics ([vedi abstract](#)). Si tratta di un articolo molto complesso (26 pagine) che presenta anche dati epidemiologici e sui fattori di rischio. Data la rilevanza e la complessità dell'argomento proponiamo in allegato un ampio riassunto dell'articolo che ne riporta i punti salienti, fungendo in questo modo anche da guida alla lettura. Ringraziamo Raffaella Servello che si è sobbarcata l'onere di leggere l'articolo e di predisporre il riassunto in italiano.

Referenze

Pediatric Tuberculosis Collaborative Group. Targeted Tuberculin Skin Testing and Treatment of Latent Tuberculosis Infection in Children and Adolescents. Pediatrics 2004;114:1175-1201.

[Torna all'indice](#)

Plagiocefalia nei primi 2 anni di vita.

L'obiettivo di questo studio di coorte (200 bambini) pubblicato su Pediatrics ([vedi abstract](#)) è di valutare la prevalenza, la storia naturale e i determinanti della plagiocefalia non sinostotica (NSP) in bambini normali nei primi due anni di vita. Letteralmente plagiocefalia significa testa obliqua ma considerata la frequente associazione con il piattismo occipitale, anche questa caratteristica è stata inclusa nella definizione, come pure la brachicefalia dato che spesso i fattori determinanti sono gli stessi della plagiocefalia. I bambini sono stati valutati a 6 settimane e a 4, 8, 12, 24 mesi. In totale il 29,5% dei bambini ha sviluppato plagiocefalia, brachicefalia o entrambe in qualche stadio dello studio, ma la prevalenza, in aumento fino ai 4 mesi, è diminuita nettamente ai due anni (solo 3,3%). Esiste un ampio range di forme della testa nei bambini nel primo periodo di vita dovuto probabilmente alla estrema malleabilità del cranio. Considerato il basso numero dei casi, l'analisi dei fattori di rischio è stata eseguita solo a 6 settimane e a 4 mesi. I determinanti più significativi sono risultati essere: una limitata rotazione passiva della testa alla nascita, una limitata rotazione attiva a 4 mesi, bassi livelli di attività a 4 mesi, posizione supina durante il sonno, tempo totale passato supino durante la giornata. I bambini con plagiocefalia giocavano meno di 5 minuti al giorno all'età di 6 settimane. Nessun caso è stato giudicato così severo da necessitare dell'utilizzo di un elmetto. Gli autori, sulla base dei fattori di rischio identificati nello studio, consigliano di:

- valutare la mobilità e la simmetria dei muscoli del collo nelle prime settimane di vita per cercare, in caso di rigidità, di prevenire posizioni preferenziali della testa attraverso la fisioterapia;
- fare trascorrere ai bambini meno tempo supini durante la veglia. I bambini meno attivi rimangono per un tempo maggiore distesi nella stessa posizione e sviluppano più facilmente un piattismo, soprattutto se il collo si muove meno;
- modificare la posizione della testa a destra e a sinistra durante il sonno in posizione supina

I limiti dello studio, secondo gli stessi autori, sono l'esiguità del campione e la soggettività della scelta dei criteri diagnostici e dei cut off. Sarebbe quindi necessario confermare questi risultati con uno studio più ampio e con un'analisi statistica più accurata.

Referenze

Hutchison BL, Hutchison LAD, Thompson JMD, Mitchell EA. Plagiocephaly and Brachycephaly in the First Two Years of Life: A Prospective Cohort Study. Pediatrics 2004;114:970-980.

[Torna all'indice](#)

Screening della violenza domestica in pediatria ambulatoriale.

L'esposizione ad episodi di violenza domestica (VD) ha un impatto negativo sul benessere fisico, emozionale e cognitivo dei bambini. Nel 1998 l'AAP ha predisposto delle linee guida sull'argomento, raccomandando a tutti i pediatri di effettuare uno screening fra le donne che portano i bambini in ambulatorio. Questo lavoro, realizzato presso l'ambulatorio pediatrico generale

dell’Ospedale Infantile del Michigan e pubblicato su Pediatrics ([vedi abstract](#)), si propone di: 1) determinare se la somministrazione alle donne di un test per rilevare la violenza del partner sia in grado di aumentare il riconoscimento dei casi di VD; 2) valutare la fattibilità su larga scala dello screening. Nell’anno dello studio (marzo 2002-marzo 2003) il test è stato somministrato da assistenti, infermieri o medici tirocinanti opportunamente formati a tutte le donne che si sono presentate consecutivamente all’ambulatorio con i loro bambini. Il test veniva eseguito durante la compilazione della cartella, erano escluse le donne che non parlavano inglese, mentre quelle accompagnate o che si presentavano con un figlio di età maggiore ai 3 anni, venivano screenate solamente se potevano rispondere privatamente o riempire da sole il prestampato. Il test veniva considerato positivo in caso di almeno una risposta nella prima colonna ([vedi sotto](#)). Nei 12 mesi precedenti l’uso del test, il servizio sociale dell’Istituto aveva ricevuto dall’ambulatorio di pediatria 9 segnalazioni di possibile VD su un totale di 5446 donne arrivate con i loro bambini (0,2%). Dopo l’introduzione del test le segnalazioni sono salite a 164 su 5445 donne. Dato che 14 di queste violenze erano non domestiche, non erano messe in atto da familiari o si trattava di violenze dirette sui bambini, sono state identificate 150 reali VD (3%). La fattibilità del test è stata valutata negli ultimi 8 mesi dello studio con un’analisi dei questionari. Il 78% era stato compilato (ma il 25% di questi riportavano che era stato impossibile eseguirlo) mentre il 22% era stato riconsegnato in bianco (senza però poter sapere se la madre aveva già risposto al test in una precedente visita). Il lavoro ci è sembrato interessante e, vista la rilevanza del fenomeno, ci ha portato a riflettere sulla necessità di iniziare a porre maggior attenzione a queste problematiche nei nostri ambulatori. Sarebbe necessario ragionare su come poter trasferire da noi lo screening in modo da riuscire a rilevare l’eventuale violenza domestica senza urtare la sensibilità delle madri e perdere così l’unico possibile contatto con una famiglia a rischio. C’è poi il problema del “cosa fare” dopo che la violenza domestica è stata rilevata.

Test di screening utilizzato

Sei mai stata colpita, presa a calci, presa a pugni, minacciata o ti è stato fatto del male in altro modo nell’ultimo anno?		
SI	NO	se SI da chi?
Ti senti sicura nella tua attuale relazione?		
NO	SI	
C’è un partner di una tua precedente relazione che ti fa sentire al momento in pericolo?		
SI	NO	
impossibile eseguirlo	lasciato la clinica/ non vista	precedente risposte neg.

Referenze

Holtrop GT, Fischer H, Gray SM, et al. Screening for domestic violence in a general pediatric clinic: be prepared! Pediatrics 2004; 114:1253-1257.

[Torna all'indice](#)

La diagnosi della carenza di ferro borderline.

Questo studio pubblicato su ADC ([vedi abstract](#)) si propone di esaminare quanto i markers di deficit di ferro siano affidabili nell’identificare il vero deficit di ferro, definito dalla risposta al trattamento con ferro per bocca. L’ipotesi degli autori è che la combinazione dei markers potrebbe essere un indicatore migliore rispetto alla emoglobina da sola. A 462 bambini è stato prelevato un campione di sangue all’età di 13 mesi con dosaggio dei seguenti markers: emoglobina (Hb), volume corpuscolare medio (MCV), emoglobina corpuscolare media (MCH), zinco-protoporfirina eritrocitaria (ZPP), ferritina sierica. A tutti i bambini che avevano uno dei markers alterato veniva

offerto il trattamento orale con ferro (sytron-sodium feredetate, 1 ml/kg/die in 3 dosi per 6 settimane) e incoraggiato il consumo di latte artificiale arricchito di ferro al posto del latte di latteria. Tre mesi dopo l'inizio della terapia veniva ripetuta la misurazione dei 5 markers. 147 bambini (32%) avevano almeno un valore alterato e sono stati quindi sottoposti al trattamento. Di questi, 126 (86%) sono tornati al prelievo di controllo dopo 3 mesi. Quasi tutti avevano completato le 3 settimane di trattamento ma 41 (33%) si sono rifiutati di ripetere il secondo ciclo e di completare le 6 settimane di trattamento soprattutto per la comparsa di diarrea che ha rappresentato il maggior effetto collaterale. Al follow-up tutti i marker erano leggermente migliorati ma con grande variabilità tra di loro. I bambini con Hb o MCH bassi o con valori anomali per 2 o più dei restanti 3 markers hanno mostrato una risposta terapeutica maggiore al ferro senza differenza tra il ciclo di 3 e di 6 settimane. L'anomalia isolata di MCV, ZPP o ferritina non è risultata associata in maniera consistente con la risposta clinica. Lo studio sembra confermare l'importanza dell'Hb ed aggiungere l'MCH come marker specifico del deficit di ferro nella prima infanzia. Un problema dello studio è stato quello della compliance alla terapia orale con ferro, legato soprattutto alla comparsa di diarrea. Gli autori concludono che nella prima infanzia un livello basso di Hb o di MCH meriterebbe sempre un trattamento con ferro orale, come pure (anche in presenza di Hb e MCH normali) il reperto di una combinazione di MCV basso, ZPP alta e ferritina bassa. In caso di reperto isolato di anomalie di questi 3 markers non sarebbe invece opportuno alcun trattamento.

Referenze

Wright CM, Kelly J, Trail A, et al. The diagnosis of borderline iron deficiency: results of a therapeutic trial. Arch Dis Child 2004; 89: 1028-1031.

[Torna all'indice](#)

Revisione sistematica sull'utilizzo del fluticasone inalatorio nell'asma.

Si tratta di una revisione sistematica pubblicata su ADC ([vedi abstract](#)) che analizza la relazione dose-risposta al fluticasone inalatorio in bambini con asma sia rispetto a efficacia clinica che a funzione surrenalica. I 7 studi che hanno valutato l'efficacia clinica (1733 bambini) hanno rilevato un curva dose risposta con un plateau a dosaggi fra 100 e 200 microgrammi al giorno di fluticasone. Solo in uno studio (non controllato con placebo) è stata rilevata una efficacia ancora migliore dopo dosi di 400 microgrammi al giorno in bambini con asma grave. 5 studi (1096 bambini) hanno valutato la funzione surrenalica. Fra questi lo studio più grande (437 bambini) non ha riportato differenze nel cortisolo urinario delle 24 ore fra i bambini che assumevano fluticasone a dosaggi di 100-200 microgrammi al giorno e i controlli. Uno studio non controllato con placebo ha riportato su 528 bambini una significativa soppressione notturna del cortisolo urinario a dosaggi di fluticasone di 400 microgrammi al giorno (vs 200 microgrammi al giorno). Gli autori raccomandano quindi che nei bambini con asma si utilizzi di routine il fluticasone a dosaggi tra 100 e 200 microgrammi al giorno, limitando l'utilizzo di un dosaggio più elevato (400 microgrammi) solo a casi di asma grave che non abbiano risposto alle basse dosi. La British Thoracic Society raccomanda una dose massima di fluticasone di 400 microgrammi al giorno per i bambini e 1000 per gli adulti. Come spesso succede in articoli su questo argomento, sia gli autori che le istituzioni presso cui lavorano hanno ricevuto grant dalle industrie del farmaco. Gli autori sembrano aver cercato esaurientemente nella letteratura pubblicata (non è invece chiaro se abbiano cercato di recuperare anche lavori non pubblicati). Non sembra sia stata realizzata alcuna valutazione della qualità metodologica dei RCTs inclusi e questo toglie sicuramente valore alla revisione (si veda il caso della metanalisi sulla terapia della tonsillofaringite streptococcica pubblicata su Pediatrics e recensita nelle newsletter 2 e 3). I risultati non sembrano comunque differire da quelli di una revisione Cochrane sull'argomento ([vedi abstract](#)).

Referenze

Masoli M, Weatherall M, Holt S, Beasley R. Systematic review of the dose-response relation of inhaled fluticasone propionate. Arch Dis Child 2004; 89: 902-907.

Adams N, Bestall JM, Jones PW. Inhaled fluticasone at different doses for chronic asthma. The Cochrane Library, Issue 4, 2004.

[Torna all'indice](#)

Bronchiolite nella prima infanzia e rischio di asma in età adulta.

Questo lungo studio di coorte pubblicato su APAM ([vedi abstract](#)) dimostra che la bronchiolite nei primi due anni di vita è un fattore di rischio per asma in età adulta (18-20 anni) indipendentemente dall'atopia e dal fumo. Sono stati studiati ad un'età mediana di 19 anni 45 e 34 soggetti ricoverati rispettivamente per wheezing e polmonite quando avevano meno di 2 anni e 45 controlli non ricoverati per wheezing/polmonite sotto i 2 anni. In base a 2 diverse definizioni utilizzate dagli autori era presente asma a 19 anni nel 30 e 40% del gruppo con pregressa bronchiolite vs 15 e 24% nel gruppo con pregressa polmonite vs 11% dei controlli. I test di funzionalità respiratoria sono risultati a 19 anni entro i limiti della norma anche se le singole variabili della spirometria (FEV1, FEV% , MEF 50, MEF 25) erano più basse nel gruppo di soggetti con pregressa bronchiolite. Il gruppo di bambini con bronchiolite presentava maggiore reattività cutanea al gatto e la cane. Il limite principale dello studio è dato dal basso numero di soggetti con asma, mentre il principale pregio è dato dal lungo follow up (18 anni).

Referenze

Piippo-Savolainen E, Remes S, Kannisto S, et al. Asthma and Lung Function 20 Years After Wheezing in Infancy: Results From a Prospective Follow-up Study. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158:1070-1076.

[Torna all'indice](#)

Saturazione di O2 per predire la durata del trattamento nell'asma acuta.

Si tratta di uno studio prospettico di coorte su 273 bambini ([vedi abstract](#)) il cui obiettivo è quello di valutare se la saturazione di ossigeno iniziale (SaO₂) in bambini con asma che si presentano al pronto soccorso è un buon predittore della necessità di terapia frequente prolungata con broncodilatatori (FBT). Per FBT si intende nell'articolo la necessità di eseguire terapia con broncodilatatori ad intervalli inferiori alle 4 ore (ogni 30 minuti, ogni ora, ogni 2 ore, ecc), per FBT prolungata una FBT della durata superiore a 4 o a 12 ore. I risultati indicano che la saturazione di base di ossigeno è un predittore indipendente della necessità di FBT della durata superiore alle 4 e alle 12 ore. Infatti i bambini con SaO₂ <91% rispetto a quelli con saturazione di 98-100% sono 14,7 e 12 volte più a rischio di richiedere FBT della durata superiore alle 4 e alle 12 ore. La misurazione della SaO₂ consentirebbe dunque di predire l'outcome terapeutico dei bambini con asma. I risultati di altri studi sull'utilità della saturazione di ossigeno non sono concordanti in particolare rispetto al valore predittivo della saturazione di ossigeno sull'ospedalizzazione. Nel presente studio tuttavia l'outcome considerato è la durata della terapia e non l'ospedalizzazione che potrebbe essere influenzata da numerosi altri fattori inclusa la durata dell'osservazione.

Referenze

Mehta SV, Parkin PC, Stephens D, Schuh S. Oxygen saturation as a predictor of prolonged, frequent bronchodilator therapy in children with acute asthma. J Pediatr 2004;145:641-5.

[Torna all'indice](#)

Un intervento per ridurre il comportamento violento di bambini e adolescenti.

Un RCT pubblicato sulle pagine elettroniche di Pediatrics ([vedi testo completo](#)) dimostra l'efficacia di un intervento realizzato nell'ambito delle cure primarie per ridurre il comportamento violento in una popolazione di bambini statunitensi tra 7 e 15 anni. Il reclutamento dei casi è avvenuto negli ambulatori dei pediatri (sia privati che pubblici) tra i bambini che erano in attesa di una visita. Un ricercatore chiedeva ai genitori di compilare prima della visita con il pediatra il questionario Pediatric Symptom Checklist (PSC-17, riportato integralmente nella tabella 1 dell'articolo), uno strumento di screening psicosociale breve e validato. 224 pazienti con score positivo a tale questionario sono stati randomizzati a ricevere l'intervento (n=112) o a non riceverlo. L'intervento consisteva nel far conoscere al pediatra il risultato del test e nell'offrire un programma telefonico di supporto alla genitorialità (telefonate settimanali di 15-30 minuti realizzate da un apposito educatore + 2 videocassette e un manuale con un corso sulla genitorialità). Dopo 9 mesi i bambini nel gruppo di intervento hanno evidenziato una riduzione nel comportamento aggressivo e delinquenziale, meno problemi di attenzione e, secondo quanto riferito dai genitori, una più bassa percentuale di bullismo (OR 4,43, IC 95% 1,87-10,52), di combattimenti (OR 1,79, 1,11-2,87), e di

ferite collegabili a lotta che richiedessero una visita medica (4,7, 1,33-16,59). L'aspetto più interessante di questo lavoro ci sembra lo strumento per l'identificazione dei casi a rischio che potrebbe essere adattato e utilizzato anche nei nostri ambulatori. L'intervento è invece complesso e non ci sembra possa essere gestito direttamente dal pediatra, richiedendo la collaborazione di altre strutture che lavorano nell'ambito delle cure primarie.

Referenze

Borowsky IW, Mozayeny S, Stuenkel K, Ireland M. Children Effects of a Primary Care-Based Intervention on Violent Behavior and Injury in Children. Pediatrics 2004; 114:e392-e399.

[Torna all'indice](#)

Attenzione alle sigarette "light".

Circa la metà degli adolescenti negli Stati Uniti fumano sigarette light. Sebbene queste siano propagandate dall'industria del tabacco come una scelta più sana, un'alternativa sicura o comunque un primo passo verso lo smettere di fumare, studi hanno dimostrato che non apportano alcun beneficio rispetto alle sigarette tradizionali (nessuna riduzione nei rischi per la salute, nella quantità di monossido di carbonio o di catrame rilasciati, nessun aumento nella percentuale di persone che smettono di fumare). Uno studio pubblicato sulle pagine elettroniche di Pediatrics ([vedi testo completo](#)) mostra come gli adolescenti americani ritengano che il fumo di sigarette light rispetto a quello di sigarette tradizionali sia associato a minori rischi per la salute (meno tumori, attacchi cardiaci e morti legate al fumo), a minore dipendenza e ad una maggior facilità di cessazione. Tale percezione errata può potenzialmente portare ad un aumento del numero di adolescenti che iniziano a fumare. Secondo gli autori i pediatri dovrebbero informare correttamente gli adolescenti rispetto ai non-benefici derivanti dal fumare sigarette light.

Referenze

Kropp RJ, Halpern-Felsher BL. Adolescents' Beliefs About the Risks Involved in Smoking "Light" Cigarettes. Pediatrics 2004;114:445-451.

[Torna all'indice](#)

Disturbi e patologie del comportamento in età pediatrica.

Tra settembre e ottobre 2004 su Pediatrics sono usciti una serie di articoli che riguardano i disturbi del comportamento nella pratica pediatrica. Una valutazione realizzata in Nord Carolina con intervista a 47 pediatri dell'area delle cure primarie ([vedi abstract](#)) ha messo in evidenza una frequenza di disturbi del comportamento del 15%. L'ADHD (deficit d'attenzione-iperattività) è risultato essere il disturbo più frequente e quello con cui i pediatri hanno maggiore familiarità (sia per la diagnosi che per la terapia). Tutti i pediatri coinvolti hanno identificato la necessità di formazione su patologie quali ansia e depressione mentre hanno avvertito meno la necessità formativa su disturbi di comportamento ad alta prevalenza quali i disturbi di condotta e l'abuso di sostanze.

Due articoli riguardano i disturbi del comportamento in età pediatrica e adulta nei bambini nati con peso molto basso (VLBW). Il primo ([vedi abstract](#)) i fattori predittivi e la prevalenza a 3, 5 e 8 anni. Sono stati studiati 869 prematuri VLBW reclutati in 8 centri negli Stati Uniti. Per definire la presenza di problemi comportamentali clinicamente significativi è stata usata la Child Behavior Checklist (CBCL). Alle madri è stato somministrato nel periodo corrispondente alla 40° settimana di età gestazionale un questionario che permetteva di identificare un'eventuale condizione di sofferenza psichica (stress psicologico). Sono stati inoltre raccolti e valutati dati socio-demografici ed ostetrici. La prevalenza dei disturbi del comportamento nel campione in studio è risultata essere intorno al 20%, cioè circa il doppio di quella della popolazione generale. Questo dato si manteneva praticamente costante a tutte le età studiate. All'analisi multivariata sono risultati predittivi di disturbi del comportamento nei bambini:

- la sofferenza psichica materna a 40 settimane di gravidanza (OR 1.59, IC 95% 1.21-2.09). Dato che il campione di bambini reclutato era costituito da prematuri con età gestazionale <37 settimane (nel 50% dei casi tra 30 e 34 settimane), una sofferenza protratta a 40 settimane

indicherebbe un disagio materno persistente che può mettere a rischio la relazione madre-bambino.

- il fumo materno in gravidanza (OR 1.57, IC 95%: 1.20-2.04), che potrebbe semplicemente accompagnare uno stato di disagio della madre, ma anche causare un possibile effetto teratogenico diretto.
- l'etnicità ispanica (OR 2.00, IC 95% 1.24-3.24).

L'età materna più avanzata è risultata invece protettiva (alla multivariata OR 0.97, IC 95% 0.94-0.99, il che significa una riduzione della probabilità del 3% per ogni anno in più di età materna). Alcuni dei fattori di rischio identificati (stress materno nel periodo neonatale e fumo in gravidanza) sono quindi potenzialmente prevenibili con opportuni interventi.

Il secondo lavoro ([vedi abstract](#)) analizza gli outcomes comportamentali e la presenza di psicopatologia all'età di 20 anni in una coorte di VLBW. La coorte studiata rappresenta il 77% dei sopravvissuti tra i nati VLBW a Cleveland tra il 1977 e il 1979. Si tratta di 241 soggetti con peso medio alla nascita di 1180 grammi e età gestazionale media di 29.7 settimane. Il gruppo di controllo è costituito da 233 soggetti nati con peso normale. Il comportamento è stato studiato all'età di 20 anni con due strumenti: l'Achenbach Young Adult Self-Report (YARS) compilato dai ragazzi e la Young Adult Behavior Checklist (YABCL) somministrato ai genitori. Sia i soggetti in studio che i loro genitori hanno compilato l'ADHD Rating Scale per gli adulti. I risultati di questo lavoro evidenziano un maggior numero di casi patologici tra i VLBW che tra i nati di peso normale. Esistono delle differenze importanti tra i sessi. Nei VLBW di sesso femminile prevalgono problemi di tipo "internalizzante" (ansia-depressione, tendenza all'isolamento), presenti nel 30% del campione vs 15% dei controlli di peso normale. La differenza è statisticamente significativa (OR 2.2, 1.2-4.1, $p < 0.01$). I genitori sembrano percepire anche una maggiore frequenza di disturbi del pensiero e di deficit d'attenzione. Nei VLBW di sesso maschile, i genitori riportano una maggiore frequenza di disturbi di pensiero rispetto a quanto riportato dai genitori dei controlli di peso normale, mentre sembra essere significativamente minore il numero di comportamenti delinquenti e di abuso di alcol e droga. Questo lavoro sembrerebbe quindi confermare che l'aumentata prevalenza di disturbi di comportamento nei VLBW presente nell'infanzia persiste nell'età adulta e indicherebbe la necessità di una guida anticipatoria e di interventi precoci. Il suo più grosso limite è dato dalla mancanza di un colloquio approfondito con uno psichiatra per la conferma diagnostica.

Referenze

- Williams J, Klinepeter K, Palmes G. Diagnosis and treatment of behavioral health disorders in pediatric practice. *Pediatrics* 2004; 114:601-606.
- Gray FR, Indurkha A, McCormick MC. Prevalence, Stability, and Predictors of Clinically Significant Behavior Problems in Low Birth Weight Children at 3, 5, and 8 Years of Age. *Pediatrics* 2004; 114:736-743.
- Hack M, Youngstrom EA, Cartar L, et al. Behavioral Outcomes and Evidence of Psychopathology Among Very Low Birth Weight Infants at Age 20 Years. *Pediatrics* 2004; 114:932-940.

[Torna all'indice](#)

Griseofulvina vs terbinafina per il trattamento della tinea capitis.

Si tratta di una revisione sistematica della letteratura pubblicata su *Pediatrics* ([vedi abstract](#)). La ricerca dei lavori rilevanti era limitata alla lingua inglese ed ha escluso EMBASE dalle banche dati elettroniche consultate. Non sembra che sia stata realizzata una valutazione della qualità metodologica degli RCTs identificati (6 lavori, 630 pazienti). I risultati hanno messo in evidenza che a 2 e 4 settimane la terbinafina è efficace almeno quanto la griseofulvina per il trattamento delle infezioni dello scalpo da *Trichophyton*, mentre la griseofulvina sembra essere superiore per le infezioni causate da *Microsporum*, rare negli Stati Uniti. La griseofulvina per bocca per 6-8 settimane è il trattamento al momento raccomandato nella tinea capitis negli Stati Uniti. La terbinafina potrebbe avere il vantaggio di un corso terapeutico più breve (2-4 settimane) con conseguente risparmio economico.

Referenze

Fleece D, Gaughan JP, Aronoff SC. Griseofulvin Versus Terbinafine in the Treatment of Tinea Capitis: A Meta-analysis of Randomized, Clinical Trials. *Pediatrics* 2004;114:1312-1315.

[Torna all'indice](#)

Fumo materno e disregolazione gastrointestinale nella prima infanzia.

Tra i fattori che possono interferire con un corretto funzionamento del sistema gastrointestinale nel bambino c'è il fumo della madre sia durante la gravidanza che dopo il parto. L'esposizione del bambino al fumo di tabacco porterebbe ad un aumento dei livelli ematici di motilina, responsabile di una disregolazione del tratto gastrointestinale che potrebbe contribuire a condizioni quali coliche e reflusso gastroesofageo. Questo lavoro pubblicato su *Pediatrics* ([vedi testo completo](#)) elabora i dati raccolti da 6 studi sull'argomento. I risultati sembrerebbero confermare che: 1) il fumo si associa ad un aumentato livello di motilina plasmatico e intestinale; 2) un livello di motilina superiore alla media si associa con un più alto rischio di coliche intestinali. Il lavoro riporta inoltre dati epidemiologici sulla situazione dell'esposizione al fumo delle gravide negli Stati Uniti: circa il 50% delle donne continua a fumare in gravidanza; le gravide fumatrici corrispondono al 12% del totale; il 50-80% delle impiegate è esposto a fumo passivo nell'ambiente di lavoro e circa il 30% delle non fumatrici è esposto al fumo passivo in ambiente domestico. L'informazione di un possibile collegamento tra fumo di sigaretta e coliche dell'infanzia (e altra patologia disregolativa dell'intestino) può essere un ulteriore incentivo per far astenere i genitori dal fumo.

Referenze

Shenassa ED, Brown MJ. Maternal Smoking and Infantile Gastrointestinal Dysregulation: The Case of Colic. *Pediatrics* 2004; 114:497-505.

[Torna all'indice](#)

Pianto eccessivo e incontrollato dopo i 3 mesi di vita e sviluppo cognitivo.

Questo studio, pubblicato su *ADC* ([vedi abstract](#)), ha l'obiettivo di valutare se le coliche dei primi mesi e il pianto eccessivo persistente oltre i 3 mesi di vita si associno ad un alterato sviluppo cognitivo del bambino. Si tratta di uno studio prospettico di coorte condotto presso 3 ospedali universitari (Norvegia e Svezia) tra il gennaio 1986 e il marzo 1988. La presenza di coliche (pianto quotidiano incontrollato senza causa evidente, persistente per almeno 2 settimane nelle prime 12 settimane di vita) e pianto prolungato (persistenza del pianto alla 13^a settimana di vita) veniva valutata con intervista alle madri. A 5 anni di vita sono stati valutati il QI, le abilità motorie e il comportamento in 327 bambini (di 561 donne arruolate in gravidanza). Di 63 bambini le cui madri hanno riferito coliche alla 6^a settimana, 15 sono stati classificati come "con pianto prolungato". Dopo correzione per educazione ed età materna, le madri fumatrici al momento del concepimento avevano una probabilità doppia di riferire coliche alla 6^a settimana. Il fumo non è risultato invece associato con il pianto prolungato. I bambini con pianto prolungato, ma non quelli con coliche, avevano outcomes peggiori nei test di sviluppo cognitivo e di abilità motoria a 5 anni. Il risultato si manteneva dopo correzione per possibili fattori di confusione (ambiente, livelli di ferro e ferritina, problemi importanti di salute come cardiopatie, convulsioni, problemi di udito e di vista, otiti medie ricorrenti, diarrea, paralisi cerebrale, asma, problemi di linguaggio). Gli autori concludono quindi che il pianto eccessivo e incontrollato che persista oltre i 3 mesi senza altri segni di danno neurologico fornisce al pediatra un'importante e precoce indicazione rispetto al rischio di alterato sviluppo cognitivo. I bambini con queste caratteristiche (circa il 5% nella popolazione con follow-up a 5 anni) dovrebbero essere seguiti in maniera più intensiva dal pediatra.

Referenze

Rao MR, Brenner RA, Schisterman EF, et al. Long term cognitive development in children with prolonged crying. *Arc Dis Child* 2004; 89:989-992.

[Torna all'indice](#)

Attività fisica tra i bambini che frequentano la scuola per l'infanzia.

Questo lavoro pubblicato su *Pediatrics* ([vedi abstract](#)) conferma la necessità di veicolare la lotta contro sovrappeso e obesità anche attraverso politiche di sanità pubblica. Obiettivo degli autori era

quello di descrivere i livelli di attività fisica di bambini che frequentano la scuola per l'infanzia, di identificare i fattori demografici ad essi associati e di determinarne le variazioni in diverse scuole. Sono stati studiati 247 bambini (su 281 arruolati) di 3, 4, 5 anni che frequentavano 9 scuole per l'infanzia in un'area metropolitana degli Stati Uniti. L'attività fisica è stata misurata con accelerometro che è stato indossato dai bambini in media 4,4 ore al giorno per una media di 6,6 giorni. I risultati hanno messo in evidenza che i bambini in studio avevano un'attività fisica da moderata a vigorosa per circa 7 minuti per ora di frequenza della scuola. Questo significa circa un'ora di tale attività durante una giornata di frequenza scolastica. Gli autori citano nel commento recenti linee-guida prodotte dalla National Association for Sport and Physical Education secondo cui i bambini in età prescolare dovrebbero accumulare all'incirca 2 ore di attività fisica al giorno di cui la metà strutturata. In base ai calcoli fatti dagli autori sembra difficile che la popolazione in studio riesca a raggiungere tale traguardo. All'analisi multivariata il fattore che con maggiore forza è risultato essere associato con l'attività fisica vigorosa o moderata-vigorosa era la scuola dell'infanzia di provenienza. Anche il sesso maschile e la razza nera sono risultate associate mentre nessuna associazione è stata trovata per educazione dei genitori, body mass index ed età. I risultati suggeriscono quindi una possibile influenza di politiche e pratiche delle scuole per l'infanzia sul livello di attività fisica complessivo dei bambini.

Referenze

Pate RR, Pfeiffer KA, Trost SG. Physical Activity Among Children Attending Preschools. *Pediatrics* 2004;114:1258-1263.

[Torna all'indice](#)

Attitudini dei genitori e peso dei bambini.

Studi trasversali hanno messo in evidenza come un atteggiamento di maggior controllo da parte dei genitori possa associarsi ad un aumento del peso del bambino. Obiettivo di questo lavoro pubblicato sulle pagine elettroniche di *Pediatrics* ([vedi testo completo](#)) era quello di analizzare: 1) la stabilità di attitudini e stili alimentare dei genitori nell'arco di 2 anni; 2) l'eventuale associazione tra queste due variabili e il Body Mass Index (BMI) z-score dei bambini; 3) l'influenza su tale associazione della predisposizione del bambino all'obesità. Il lavoro è stato svolto su 57 famiglie. I bambini sono stati classificati come a basso e ad alto rischio di obesità in base al peso delle madri in gravidanza. Peso e altezza nei bambini sono stati valutati a 3, 5 e 7 anni. Con questionario somministrato a 5 e 7 anni sono stati valutati sia l'attitudine dei genitori nei confronti dell'alimentazione (definita in 3 categorie: essere consapevoli del peso del bambino, essere preoccupati del peso del bambino, sentirsi responsabili dell'alimentazione del bambino) sia gli stili alimentari (atteggiamento restrittivo; insistenza a mangiare; controllo dell'apporto di grassi). In rapporto all'attitudine dei genitori i risultati hanno messo in evidenza che la percezione di responsabilità a 5 anni era predittiva di un ridotto BMI z-score a 7 anni nel gruppo di bambini a basso rischio di obesità, mentre la consapevolezza del peso e la preoccupazione del peso a 5 anni si correlavano con un aumento del BMI z-score a 7 anni nei bambini ad alto rischio. In rapporto agli stili di alimentazione, il controllo dell'apporto dei grassi a 5 anni si associava da una riduzione del BMI z-score a 7 anni nei bambini a basso rischio, mentre in quelli ad alto rischio un atteggiamento restrittivo aumentava il BMI z-score e un atteggiamento di insistenza a mangiare lo riduceva. Tra i bambini predisposti all'obesità sembrerebbe quindi che il peso elevato stimoli atteggiamenti restrittivi nei genitori e che questo possa produrre un ulteriore incremento di peso. Questo sembra l'aspetto più interessante del lavoro, in quanto implica la necessità di sviluppare strategie diverse per l'approccio e la cura dell'eccesso ponderale.

Un secondo lavoro pubblicato da *Pediatrics* ([vedi testo completo](#)) si propone di valutare se un'alimentazione a 6 mesi basata prevalentemente sul latte materno ed una maggior durata dell'allattamento al seno (AS) siano associati ad un comportamento nutrizionale materno nei confronti del bambino meno restrittivo e ad una minor insistenza a mangiare. L'effetto protettivo dell'allattamento materno sul sovrappeso sembra infatti essere legato anche a meccanismi comportamentali. Si tratta di uno studio di coorte che ha seguito 1160 coppie madre-bambino fino

all'anno di vita. I risultati mettono in evidenza una relazione inversa tra durata dell'AS e atteggiamento restrittivo da parte delle madri (riduzione del 10% nell'atteggiamento restrittivo per ogni mese in più di AS). Inoltre è stata dimostrata una correlazione positiva tra età più giovane delle madri, BMI materno più alto, basso reddito, basso livello educativo e atteggiamento restrittivo. Rispetto all'insistenza a mangiare non è stata messa in evidenza alcuna correlazione con la prevalenza di AS nei primi 6 mesi e durata dello stesso. Gli autori ritengono che la correlazione inversa evidenziata tra AS e atteggiamento alimentare di minore restrizione potrebbe essere spiegata dal fatto che l'alimentazione al seno è soggetta a minore controllo da parte delle madri essendo maggiormente dipendente dal senso di fame e sazietà del bambino.

Per concludere, un articolo pubblicato sul BMJ ([vedi testo completo](#)) mette in evidenza un altro problema: spesso i genitori sono inconsapevoli del sovrappeso dei propri figli. Solo ¼ dei genitori di 277 bambini sani randomizzati (età media 7,4 anni) sono stati in grado di identificare correttamente il sovrappeso nei propri figli. Il riconoscimento sembra essere più difficile nei maschi. È chiaro, concludono gli autori, che il riconoscimento del problema e la conoscenza dei rischi per la salute rappresentano il primo passo per fronteggiare l'obesità. La percezione personale però sembra essere in conflitto con la definizione clinica di sovrappeso e l'etichetta data dall'operatore sanitario può non essere sufficiente a motivare una modificazione delle abitudini e degli stili di vita.

Referenze

Faith MS, Berkowitz RI, Stallings VA, et al. Parental Feeding Attitudes and Styles and Child Body Mass Index: Prospective Analysis of a Gene-Environment Interaction. *Pediatrics* 2004;114:429-436.

Taveras EM, Scanlon KS, Birch L, et al. Association of Breastfeeding With Maternal Control of Infant Feeding at Age 1 Year. *Pediatrics* 2004; 114: e577-e583.

Jeffery AN, Voss LD, Metcalf BS, et al. Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort (EarlyBird 21). *BMJ* 2005; 330: 23-24.

[Torna all'indice](#)

Ancora su acido folico peri-concezionale.

Nel numero 4 della newsletter abbiamo affrontato la questione della supplementazione peri-concezionale con acido folico (AF) come importante intervento per la prevenzione delle malformazioni congenite, specie dei difetti del tubo neurale (DTN). Ulteriori evidenze di efficacia derivano da una regione del Canada (Newfoundland), ad alto rischio per DTN con una incidenza prima dell'intervento di 4 x 1000 nati. In questa regione la fortificazione degli alimenti (farina bianca e di mais, pasta) ha portato ad una riduzione dei DTN del 78%. Tale beneficio è stato raggiunto senza mascherare la deficienza di vitamina B-12 negli anziani, un possibile rischio teorico della fortificazione. Nello stesso periodo la percentuale di donne in età fertile che ha assunto un supplemento vitaminico contenente AF è aumentata dal 17 al 28%. Dato che con la supplementazione degli alimenti da sola è impossibile raggiungere i livelli consigliati di assunzione (400 micro gr/die) secondo gli autori dello studio sarebbe necessario in Canada un approccio combinato: da un lato continuare con la supplementazione degli alimenti, dall'altro implementare con campagne educative l'assunzione di supplementi vitaminici contenenti acido folico da parte delle donne in età fertile.

Un "Research pointer" che utilizza informazioni derivanti da uno studio realizzato nel 1966-67 in Scozia e pubblicato sul BMJ ([vedi testo completo](#)), suggerisce una possibile associazione tra supplementazione periconcezionale di AF e aumento della mortalità totale a lungo termine (valutata nel 2002, quindi dopo 35 anni circa dalla fine dello studio). Questa sarebbe infatti aumentata di un quinto in chi ha assunto AF peri-concezionale ma soprattutto sarebbe aumentato il rischio di morte attribuibile a tumore del seno che raddoppierebbe in chi ha ricevuto la supplementazione. Tali risultati potrebbero essere legati al caso dato che i numeri con cui sono stati ottenuti sono piccoli (3187 donne reclutate nel 1966-67 di cui 210 risultavano morte 2002, 31 per tumore al seno) con conseguenti ampi intervalli di confidenza e assenza di significatività statistica. Un commento a questo lavoro segnala che ci sono evidenze opposte in letteratura e cioè di un possibile effetto protettivo dell'AF sullo sviluppo del tumore del seno. I risultati riportati rappresentano dunque solo

un'ipotesi di ricerca e non modificano le attuali raccomandazioni sull'utilizzo di acido folico nel periodo periconcezionale.

Sempre sull'importanza dell'acido folico segnaliamo ancora un lavoro pubblicato sul JAMA ([vedi abstract](#)) che mostra come una più elevata assunzione di acido folico (>1000 microgrammi/die) attraverso la dieta o la supplementazione sia risultata associata ad un ridotto rischio di ipertensione, soprattutto in giovani donne.

Referenze

Robert Short. Food fortification cuts cases of spina bifida in Canada. BMJ 2004; 329:760.

Charles D, Ness AR, Campbell D, et al. Taking folate in pregnancy and risk of maternal breast cancer. BMJ 2004; 329:1375-6.

Forman JP, Rimm EB, Stampfer MJ, et al. Folate Intake and the Risk of Incident Hypertension Among US Women.. JAMA 2005;293:320-329.

[Torna all'indice](#)

Declino nell'incidenza di varicella in Galles prima della vaccinazione di massa.

Obiettivo di questo lavoro pubblicato su ADC ([vedi abstract](#)) era quello di esaminare l'andamento epidemiologico della varicella in Galles dal 1986 al 2001 in vista della possibile introduzione della vaccinazione di massa contro tale patologia. Sono stati per questo analizzati i dati di incidenza annuale delle visite ambulatoriali per varicella e per zoster registrati dal CDSC (un servizio di sorveglianza sentinella sulle malattie infettive realizzato da medici generici) e confrontati con quelli raccolti da un secondo network di sorveglianza (GPMD). I risultati mostrano che sia l'incidenza generale che quella per gruppi di età delle visite ambulatoriali per varicella è calata stabilmente dal 1986 al 2001, con scomparsa dei picchi epidemici. L'incidenza di visite è rimasta stabile nel gruppo di età 0-4 anni, ma è calata in tutti i gruppi di età successivi, particolarmente in quello tra 5 e 14 anni. Il numero di visite per zoster è rimasto invece costante nello stesso periodo. Questo dato, insieme al fatto che i due network analizzati hanno mostrato lo stesso trend negli stessi anni e che risultati simili sono stati rilevati in Scozia e in Inghilterra, starebbe a favore di un fenomeno reale e non di un artefatto legato a stanchezza nella segnalazione. Il trend in diminuzione delle visite per varicella potrebbe essere legato ad un calo nella trasmissione della malattia oppure ad una più precoce socializzazione dei bambini sotto i 5 anni associata ad un incremento dei casi di malattia lieve o asintomatica in questo gruppo di età. Gli autori concludono quindi che prima di procedere ad una campagna allargata di vaccinazione contro la varicella sarebbero necessarie in Gran Bretagna ulteriori indagini ed in particolare una sorveglianza sierologia.

Ancora sull'argomento vaccinazioni segnaliamo:

- un lavoro pubblicato su JAMA ([vedi abstract](#)) che studia l'efficacia di un nuovo vaccino coniugato contro il meningococco di sierogruppo C in un contesto epidemico. Gli autori segnalano infatti che i vecchi vaccini antimeningococcici polisaccaridici sono di limitata efficacia e i nuovi vaccini coniugati devono ancora essere valutati sul campo. Si tratta di uno studio osservazionale di popolazione realizzato in Quebec (Canada). Dopo la campagna di vaccinazione, il numero di casi di malattia da meningococco C è passato da 58 a 27. L'efficacia vaccinale è stata del 96,8% (IC 95% 75,0%-99,9%). Gli autori concludono quindi che il nuovo vaccino coniugato è stato efficace nel controllare un'epidemia emergente di meningite di sierogruppo C e nel conferire una protezione a breve termine in una popolazione con un'ampia gamma di età.
- un lavoro di sorveglianza sulla sicurezza del vaccino anti-pneumococcico coniugato eptavalente (PCV) sempre pubblicato su JAMA ([vedi abstract](#)) e realizzato negli Stati Uniti. Sono stati analizzati i casi segnalati al sistema di notifica degli eventi avversi da vaccini (VAERS) nei due anni dall'inizio della commercializzazione. Complessivamente vi sono state 13,2 segnalazioni per 100.000 dosi di vaccino distribuite. I sintomi ed i segni maggiormente riportati erano rappresentati da febbre, reazioni nel sito di iniezione, confusione, eruzioni cutanee, orticaria. Eventi gravi sono stati segnalati nel 14,6% dei casi. Sono stati riportati 117 morti. Nel 31,3% dei casi si sono presentati degli eventi immuno-mediati. Tutti i 14 pazienti con reazioni anafilattiche o anafilattoidi sono sopravvissuti. In 14 pazienti si è sviluppata trombocitemia ed

in 6 malattia da siero. Sintomi neurologici erano presenti nel 38% delle segnalazioni, in 393 casi sono state descritte convulsioni e di queste 94 erano di tipo febbrile. La maggior parte delle segnalazioni riguardavano quindi effetti avversi minori già identificati in studi clinici. La segnalazione di rari ma potenzialmente gravi eventi come pure di sintomi presentati da bambini più di una volta dopo dosi successive di PCV (reazioni allergiche, pianto anormale o prolungato, confusione, dispnea e sintomi gastroenterici) giustificano la continuazione della sorveglianza.

Referenze

Lowe GL, Salmon RL, Thomas DR, Evans MR. Declining incidence of chickenpox in the absence of universal childhood immunisation. *Arch Dis Child* 2004; 89:966-969.
De Wals P, Deceuninck G, Boulianne N, De Serres G. Effectiveness of a Mass Immunization Campaign Using Serogroup C Meningococcal Coniugate Vaccine. *Jama* 2004; 292:2491-2494.
Wise PR, Iskander J, Pratt RD, et al. Postlicensure Safety Surveillance for 7-Valent Pneumococcal Coniugate Vaccine. *JAMA*. 2004;292:1702-1710.

[Torna all'indice](#)

Dermatite atopica: fattori di rischio e trattamento con probiotici.

Uno studio pubblicato su ADC ([vedi abstract](#)) mette in evidenza un'associazione tra eczema nei genitori e dermatite atopica nei bambini. Sono stati utilizzati i dati raccolti nell'ambito dello studio ALSPAC, uno studio di coorte tuttora in corso nella contea di Avon, che ha reclutato più di 14.000 donne a partire dall'8^a settimana di gravidanza. La popolazione reclutata sembra confrontabile con quella generale della Gran Bretagna. Prima del parto, a entrambi i genitori è stato richiesto di completare un questionario che richiedeva anche informazioni sulla loro storia di eczema, asma e febbre da fieno. I genitori hanno riportato i sintomi di dermatite atopica nei loro figli in questionari compilati a 6, 18, 30 e 42 mesi. Di 8530 bambini con informazioni complete su lesioni cutanee, 7969 avevano informazioni sulle malattie atopiche nella madre e 5658 di entrambi i genitori. I risultati hanno messo in evidenza una stretta correlazione tra eczema nei genitori e dermatite atopica nei bambini: OR 1.69 (IC 95% 1.47-1.95) per eczema materno soltanto, 1.74 (1.44-2.09) per eczema paterno soltanto e 2.72 (2.09-3.53) per eczema in entrambi i genitori. Non c'era evidenza che l'associazione con l'atopia materna fosse maggiore rispetto a quella con l'atopia paterna, contrariamente a quanto risultava da studi precedenti.

Scopo di un lavoro pubblicato su *J Pediatrics* ([vedi abstract](#)) è invece quello di determinare se i lattobacilli probiotici possono alleviare l'infiammazione dell'intestino e rinforzare la funzione di barriera intestinale in bambini con dermatite atopica (DA). Si tratta di uno studio cross-over, doppio-cieco, con placebo. I Lattobacilli probiotici (*L. rhamnosus* e *L. reuteri*) e il placebo sono stati somministrati per periodi di 6 settimane a 41 bambini con DA moderata o severa. L'età media era di 4 anni (da 1 a 13). I bambini sono stati suddivisi in 2 gruppi: al gruppo A è stato somministrato prima il placebo poi il trattamento, al gruppo B prima il trattamento poi il placebo. Ciascun periodo di intervento era separato da un periodo di 6 settimane di "pulizia" (wash-out) in cui non veniva somministrato niente. La severità dell'eczema è stata valutata con uno score da 0 a 80. In 18 bambini >4 anni è stato eseguito il test di permeabilità intestinale (lattulosio/mannitolo). Durante la supplementazione con Lattobacilli si è assistito ad un significativo decremento dei sintomi gastrointestinali (diarrea, vomito o dolore addominale): dal 39% nel periodo con placebo al 10% nel periodo di trattamento attivo (p<0,002). È stata inoltre evidenziata un'associazione positiva tra il rapporto lattulosio/mannitolo e la severità dell'eczema sia dopo placebo che dopo trattamento. Dopo trattamento probiotico il rapporto lattulosio/mannitolo era significativamente più basso che dopo placebo (p=0,001). Gli autori concludono che questo lavoro dimostrerebbe che nella DA l'integrità della barriera mucosale è disturbata, determinando verosimilmente un aumentato trasferimento di antigene che può stimolare la produzione di IgE e reazioni infiammatorie locali. La supplementazione con probiotici potrebbe stabilizzare la funzione della barriera intestinale e migliorare anche i sintomi gastrointestinali nei bambini con dermatite atopica.

Referenze

Wadonda-Kabondo N, Sterne AC, Golding J, et al. Association of parental eczema, hayfever, and asthma with atopic dermatitis in infancy: birth cohort study. *Arch Dis Child* 2004; 89: 917-921.

Rosenfeldt V, Benfeldt E, Valerius NH. Effect of probiotics on gastrointestinal symptoms and small intestinal permeability in children with atopic dermatitis. *J Pediatr* 2004;145:612-6

[Torna all'indice](#)

Stipsi cronica e refrattaria e allergia al latte.

Obiettivo di questo studio pubblicato su *J Pediatrics* ([vedi abstract](#)) era quello di valutare l'incidenza di intolleranza alle proteine del latte vaccino (IPLV) in bambini con stipsi cronica refrattaria e di determinare in questa popolazione le caratteristiche endoscopiche e immunostochimiche dell'apparato gastrointestinale. La popolazione in studio era costituita da 35 soggetti (età media 8,3 anni, range 3-15) che presentavano stipsi da più di anno senza successo permanente al trattamento. Il gruppo di controllo era costituito da 15 soggetti (età media 11.7 ± 3 anni) studiati per altri sintomi gastrointestinali (dolore addominale, ritardo di crescita e anoressia). Dopo la colonscopia tutti i soggetti venivano messi a dieta senza latte per 4 settimane, con successiva reintroduzione (challenge) sempre della durata di 4 settimane. 12 soggetti del gruppo in studio e 3 del gruppo di controllo avevano una storia di atopia. Durante il periodo di eliminazione del latte (e grazie anche all'utilizzo di farmaci di supporto) l'83% (29 pazienti/35) ha risolto la stipsi (7 con alvo giornaliero regolare e i rimanenti con defecazioni 2-3 volte/settimana). Durante la reintroduzione, 12 dei responders (34%) sono ricaduti con ricomparsa di stipsi o di altri sintomi gastrointestinali e cutanei. Questi soggetti rispetto ai controlli presentavano una maggior densità intraepiteliale di cellule T gamma delta nei campioni biotici dell'ileo terminale. All'esame endoscopico 13 bambini su 16 presentavano fecalomi in un retto dilatato. L'iperplasia linfonodale è stata il riscontro endoscopico preminente nel gruppo in studio rispetto ai controlli. Gli autori concludono che i bambini con stipsi cronica refrattaria al trattamento possono presentare una IPLV con caratteristiche endoscopiche e istologiche di una elevata densità di cellule T gamma delta. Nella pratica clinica si potrebbe proporre una dieta priva di latte nei bambini in età scolare con stipsi refrattaria al trattamento. Purtroppo nel lavoro non è specificato se la dieta comprendesse solo il latte o anche i suoi derivati.

Referenze

Turunen S, Karttunen TJ, Kokkonen J. Lymphoid nodular hyperplasia (LNH) and cow's milk hypersensitivity in children with chronic constipation. *J Pediatr* 2004;145:606-11

[Torna all'indice](#)

Agopuntura per il trattamento della rinite allergica persistente.

Obiettivo di questo RCT in doppio cieco pubblicato su *Pediatrics* ([vedi abstract](#)) è quello di confrontare l'agopuntura "attiva" con l'agopuntura "fittizia" nel trattamento della rinite allergica persistente (intesa come rinopatia con ostruzione nasale, prurito, rinorrea e starnuti, persistente almeno 4 giorni alla settimana e per almeno 4 settimane). Lo studio è stato realizzato ad Hong Kong dove gli autori riportano in età scolare una prevalenza molto alta della condizione (35-44%) e dove l'agopuntura è estesamente impiegata nella medicina Cinese per il trattamento della rinite allergica. Sono stati reclutati 72 pazienti randomizzati in due gruppi omogenei di 35 e 37 pazienti (età media 11.7 ± 3.2 anni). Si è riscontrata una netta riduzione degli score giornalieri di valutazione della rinite ($p=0.03$) e un aumento delle giornate libere da sintomi ($p=0.0001$) nel gruppo trattato attivamente. Non c'erano invece differenze significative negli altri indicatori valutati (livello di eosinofili plasmatici e nasali, livelli di IgE, consumo di farmaci sintomatici) come pure negli effetti collaterali segnalati (cefalea, stordimento, vertigine), tutti lievi ed autolimitati. Gli autori concludono che l'agopuntura eseguita con metodo tradizionale sarebbe più attiva di quella fittizia. Qualche dubbio rimane dato l'uguale impiego di farmaci sintomatici nei due gruppi (che peraltro è risultato essere estremamente basso in entrambi). Il limite principale dello studio è la riproducibilità in Italia.

Referenze

Ng DK, Chow P, Ming S, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of acupuncture for the treatment of Childhood persistent allergic rhinitis. *Pediatrics* 2004; 114:1242-1247.

[Torna all'indice](#)

Conoscenze in ambito pediatrico dei genitori immigrati negli USA.

Obiettivo di questo studio pubblicato su *Pediatrics* ([vedi testo completo](#)) era quello di valutare le conoscenze in ambito pediatrico di genitori di bambini sotto i 2 anni immigrati negli Stati Uniti. La valutazione è stata realizzata con il questionario KIDI (knowledge of infant development inventory) che comprende 75 domande sulle conoscenze dei genitori nelle aree della salute e dello sviluppo psicomotorio e psicosociale del bambino sotto i 2 anni. I risultati mettono in evidenza che la maggior parte delle madri immigrate recentemente non ha risposto correttamente a circa il 25% delle domande, soprattutto nell'area che riguardava lo sviluppo normale del bambino. Di tali limiti di conoscenza (riportati più in dettaglio nel lavoro) bisognerebbe tenere conto durante l'interazione con genitori immigrati.

Referenze

Bornstein MH, Cote LR. "Who is sitting across from me?" Immigrant mothers' knowledge of parenting and children's development. *Pediatrics* 2004;114:557-564.

[Torna all'indice](#)

In breve

- *Pediatrics* ha pubblicato un ampio riassunto (30 pagine) delle presentazioni avvenute ad una conferenza sulla prevenzione dell'obesità infantile tenutasi nel dicembre 2003. [Pediatrics 2004;114:1139-1173.](#)
- *Pediatrics* ha pubblicato un supplemento sul follow-up dei neonati ad alto rischio. [Pediatrics 2004;114:1377-1397.](#)
- Sempre sullo stesso numero di *Pediatrics* viene presentata una rassegna di casi clinici in pediatria comportamentale e dello sviluppo. *Pediatrics* 2004;114:1399-1509.
- Nella sua sezione ABC, *BMJ* ha continuato la pubblicazione della serie di 12 articoli sul parto pretermine.
- Il *New England Journal of Medicine* ha pubblicato una rassegna sui danni cerebrali neonatali. *N Engl J Med* 2004;351:1985-95.
- *Pediatrics* ha pubblicato un lavoro sui tremori essenziali in età pediatrica. [Pediatrics 2004;114:1203-1205.](#)
- Uno studio pubblicato su *ADC* (51 bambini) mostra che un ciclo di 7 giorni con ceftriaxone può provocare la comparsa di piccoli calcoli renali asintomatici. [Arch Dis Child 2004;89:1069-1072.](#)
- Un lavoro pubblicato su *Pediatrics* mostra come negli Stati Uniti vi sia stato un aumento drammatico dell'utilizzo dei macrolidi di seconda generazione. [Pediatrics 2004;114:1206-1211.](#)
- Sulle pagine elettroniche di *Pediatrics* (disponibile il testo completo) viene affrontato il problema della qualità della vita legata allo stato di salute in bambini e adolescenti con diagnosi di ADHD. [Pediatrics 2004;114:e541-e547](#)
- Il *BMJ* pubblica un lavoro sull'impatto del deficit congenito della visione dei colori sull'educazione e sui traumi non intenzionali. [BMJ 2004;329:1074-1075.](#)
- Sempre il *BMJ* ha pubblicato una rassegna sul metodo delle madri canguro (Kangaroo Mother Care) e sulla sua trasferibilità nei paesi sviluppati. *BMJ* 2004;329:1179-1181.
- Un lavoro su *Pediatrics* dimostra che realizzare uno screening tra gli adolescenti rispetto al consumo di sostanze (alcol e droga) utilizzando uno strumento validato e strutturato (in questo caso un questionario basato sul DSM IV) fornisce informazioni più accurate e complete rispetto all'impressione clinica. [Pediatrics 2004;114:e536-e540.](#)
- Un lavoro pubblicato sul *New England Journal of Medicine* analizza l'effetto del trattamento a lungo termine con glucocorticoidi sul contenuto minerale osseo nei bambini con sindrome nefrosica cortico-sensibile. [N Engl J Med 2004;351:868-75.](#)

- Sulla stessa rivista segnaliamo un lavoro che valuta gli outcomes a lungo termine dell'allergia a punture di insetto in bambini che hanno o non hanno realizzato immunoterapia verso il veleno. [N Engl J Med 2004;351:668-674.](#)

[Torna all'indice](#)

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

Tea Burmaz, Mariateresa Calipa, Dana Dragovich, Luisella Grandori, Piero Iaschi, Maria Lorenzon, Anna Macaluso, Paola Materassi, Cristina Milocco, Gigliola Olivo, Maria Grazia Pizzul, Luca Ronfani, Susanna Saletta, Giusy Scornavacca, Raffaella Servello, Marina Spaccini, Alessia Taccari, Marina Trevisan, Chiara Trevisiol.

Principali abbreviazioni

AAP: American Academy of Pediatrics; ADC: Archives of Diseases in Childhood; APAM: Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine; BMJ: British Medical Journal; 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.