

“*Riappropriamoci dell'educazione dei nostri figli: non sono malati, ma semplicemente immaturi e questo è un vantaggio, non un problema*”
Daniele Novara

Fresche di stampa



Update sul trattamento della MIS-C

Son MBF, Murray N, Friedman K, et al. for the Overcoming COVID-19 Investigators. Multisystem Inflammatory Syndrome in children. Initial therapy and outcomes. N Engl J Med 2021;385:23-34.

McArdle AJ, Vito O, Patel H, et al. for the BATS (Best Available Treatment Study) Consortium. Treatment of Multisystem Inflammatory Syndrome in children. N Engl J Med 2021;385:11-22.

DeBiasi RL. Immunotherapy for MIS-C: IVIG, glucocorticoids, and biologics. N Engl J Med 2021;385:74-5.

Abbiamo precedentemente proposto uno studio retrospettivo francese che suggeriva come l'associazione di steroide per via endovenosa ed IVIG rispetto all'utilizzo delle sole IVIG fosse associato ad un decorso più favorevole in acuto dei bambini con MIS-C. I due studi osservazionali retrospettivi multicentrici che proponiamo in questa edizione offrono ulteriori evidenze, sebbene apparentemente contrastanti, sul trattamento per tale sindrome.

Il primo riassume i dati raccolti in 58 ospedali statunitensi tra marzo ed ottobre 2020 e conferma come l'associazione di steroide ed IVIG per via endovenosa riduca il rischio di compromissione cardiocircolatoria rispetto al trattamento con sole IVIG (17% vs. 31%; RR 0,56; 95%[CI], 0,34-0,94). Nel dettaglio, il trattamento di associazione garantirebbe un minor rischio di disfunzione ventricolare sinistra (8% vs 17% con RR 0,46; 95% CI, 0,19 a 1,15) e di shock con ricorso ad inotropi (13% vs 24% con RR 0,54; 95% CI, 0,29 a 1,00). Per contro, il secondo studio, promosso dal Best Available Treatment Study Consortium, si basa su dati raccolti tra giugno 2020 e febbraio 2021 in 32 Paesi di tutto il mondo e non ha evidenziato differenze statisticamente significative in termini di severità clinica (in termini di ricorso a ventilazione meccanica, necessità di supporto inotropo o morte) tra i tre trattamenti confrontati, ovvero IVIG da sole, IVIG in associazione a steroidi e steroidi da soli.

Come suggerisce l'editoriale a latere, è plausibile che parte delle differenze ottenute siano imputabili alla variabilità genetica che può influenzare la risposta immunomodulatrice ai trattamenti proposti, come il decorso della malattia stessa. Non solo, anche le diverse varianti del virus potrebbero avere un diverso ruolo sulla dis-regolazione immunitaria e diventa difficile identificare il "miglior trattamento" per un'entità nosologica così variegata. Sicuramente saranno utili i dati degli studi di follow-up per il monitoraggio delle sequele a lungo termine.



Farmaci per il dolore addominale funzionale?

Rexwinkel R, de Bruijn CMA, Gordon M, Benninga MA, Tabbers MM. Pharmacologic treatment in functional abdominal pain disorders in children: a systematic review. Pediatrics 2021;e2020042101.

I dolori addominali funzionali sono molto comuni in età pediatrica e hanno risvolti significativi sulla qualità di vita e la frequenza scolastica. La metanalisi che proponiamo sintetizza i risultati degli studi esistenti riguardo l'efficacia e la sicurezza delle opzioni farmacologiche disponibili per trattare questi disturbi rispetto al placebo o a nessun intervento. Sono stati selezionati 17 studi randomizzati controllati rappresentativi di un campione di 1197 bambini con età tra i 4 ed i 18 anni e diagnosi di disturbo addominale funzionale; i trattamenti farmacologici confrontati comprendevano antispastici, antidepressivi, ansiolitici, antiserotoninergici, antibiotici, antistaminici, anetiemetici e melatonina. Alla luce dei dati disponibili, al momento non è possibile raccomandare un intervento farmacologico specifico per il trattamento di questo tipo di disturbi, ma deboli evidenze suggeriscono che gli antispastici ed antidepressivi possono comunque apportare un beneficio senza il rischio di importanti effetti collaterali.



Sviluppo neurologico nei prematuri estremi

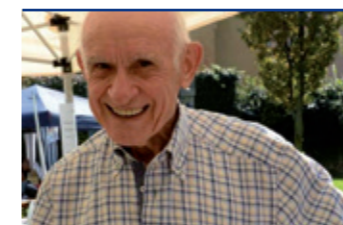
Cheong JLY, Olsen JE, Lee KJ, et al. Temporal trends in neurodevelopmental outcomes to 2 years after extremely preterm birth. JAMA Pediatr 2021; Published online July 19.

Negli ultimi 30 anni si è assistito ad un aumento della sopravvivenza dei nati estremamente prematuri (<28 settimane gestazionali-SG). Questo studio di coorte ha cercato di esaminare se a tale tasso di successo delle cure intensive neonatali conseguiva un aumentato rischio di disabilità neurologica. Sono stati confrontati i dati relativi alla nascita e al successivo neurosviluppo fino al secondo anno di età dei nati estremamente prematuri (dalle 22 alle 27 SG) del periodo 2016-2017 con i nati di pari età in epoche precedenti (1991-1992, 1997 e 2005) ed i relativi coetanei nati a termine per un totale di 1152 soggetti. La sopravvivenza maggiore si è avuta nel biennio 2016-2017 (73%) rispetto alle epoche precedenti (1991-1992: 53%; 1997: 70%; 2005: 63%). Negli anni non si è modificata sostanzialmente l'incidenza di ritardo cognitivo (-2DS quoziente intellettivo), mentre per quanto riguarda il tasso di sopravvivenza libero

da disabilità neurologiche maggiori quali paralisi cerebrale infantile, cecità o sordità, vi è stato nel complesso un progressivo aumento nel tempo 42% (1991-1992), 51% (1997), 53% (2005), and 62% (2016-2017) (odds ratio, 1,30; 95% CI, 1,15-1,48 per decade; P < .001). L'aumentata sopravvivenza conquistata negli ultimi 30 anni non si è fortunatamente associata ad un maggior rischio di disabilità del neurosviluppo, anche se questo studio limita il follow-up ai primi 2 anni di vita.

Soci SIP, l'età conta!

Complimenti al dottor Dino Pedrotti che a 89 anni si iscrive alla SIP. Pedrotti è tra i soci fondatori della Neonatologia trentina, ancora molto attivo, Direttore della Rivista NT - Neonatologia Trentina, fondatore dell'Associazione Amici della Neonatologia trentina onlus. Entra a far parte del gruppo di studio Storia della Pediatria. Un esempio per molti giovani.



Nefrotossicità da aciclovir: chi rischia di più?

Yalçinkaya R, Öz FN, Kaman A, et al.; Factors associated with acyclovir nephrotoxicity in children: data from 472 pediatric patients from the last 10 years. Eur J Pediatr 2021;180:2521-7.

L'aciclovir può essere causa di danno renale acuto (AKI), dovuto principalmente all'accumulo di cristalli insolubili del farmaco a livello tubulare renale. Questo studio ha analizzato i dati raccolti tra il 2010 e il 2020 relativi a 472 pazienti pediatrici (tutti di età maggiore di un anno) che hanno ricevuto terapia con aciclovir endovenosa, con concomitante idratazione ev. L'età media era di 5 anni e tra i criteri di esclusione vi erano la presenza di insufficienza renale e di patologia neoplastica. 32 pazienti (6,8%) hanno sviluppato AKI. I fattori che sono risultati correlati in modo indipendente con tale evento avverso sono stati: l'età maggiore di 100 mesi (aumento del rischio di 4,5 volte, HR 4,501), il dosaggio maggiore di 1500/m2/die (aumento del rischio di 9,5 volte, HR 9,536) ed il concomitante utilizzo di farmaci nefrotossici (aumento del rischio di 5 volte, HR 5,043). L'AKI si è sviluppato nell'arco di circa 4 (± 2) giorni dopo l'avvio di terapia con aciclovir ed in tutti questi pazienti la creatininemia è successivamente ritornata nei limiti dopo 7,3 ± 3,6 giorni dopo la diagnosi. Soltanto 8 dei pazienti (25%) hanno presentato sintomi (principalmente vomito) correlati ad AKI. Risulta dunque fondamentale considerare i fattori di rischio associati a questo evento avverso e monitorare periodicamente la funzionalità renale.

Fibrosi cistica e celiachia: una relazione pericolosa

Emiralioglu N, Ademhan Tural D, Hizarcioglu Gulsen H, et al. Does cystic fibrosis make susceptible to celiac disease. Eur J Pediatr 2021. doi: 10.1007/s00431-021-04011-4.

È noto come la fibrosi cistica possa associarsi allo sviluppo di celiachia. Infatti l'insufficienza pancreatica esocrina e l'aumento della permeabilità e dello stato infiammatorio intestinale predispongono ad un'alterata risposta immunologica agli antigeni alimentari. La prevalenza di celiachia nei Paesi europei è stimata intorno a 1:250, ma non vi sono dati riguardanti l'incidenza dell'associazione tra morbo celiaco e fibrosi cistica. Questo studio retrospettivo turco ha indagato in 515 pazienti pediatrici affetti da fibrosi cistica l'incidenza di celiachia, le sue caratteristiche cliniche e la risposta alla terapia. Sette (1,4%) di tali pazienti hanno sviluppato celiachia: un aumento significativo rispetto all'incidenza nella popolazione pediatrica sana turca, che è del 0,47%. I sintomi più frequentemente riscontrati sono stati scarsa crescita ponderale con BMI z-score basso per età (nonostante una dieta ad alto apporto proteico e calorico ed un'adeguata terapia sostitutiva con enzimi pancreatici) e steatorrea. L'età media alla diagnosi del morbo celiaco è stata 8 anni. Sei di tali pazienti hanno risposto efficacemente alla dieta senza glutine, con risoluzione della sintomatologia ed aumento ponderale. Riconoscere questa comorbilità è una sfida poiché sia la fibrosi cistica che la celiachia sono presenti sintomi gastrointestinali e da malassorbimento. Tuttavia, nei pazienti con fibrosi cistica, la presenza di tali sintomi, nonostante l'adeguato regime nutrizionale e la terapia enzimatica pancreatica sostitutiva per la patologia di base, impongono di ricercare la presenza di celiachia ed un suo pronto trattamento.

