

Digest

EFFICACIA DEL TRATTAMENTO ANTIBIOTICO PER BOCCA NELLA PIELONEFRITE

ANTIBIOTIC TREATMENT FOR PYELONEPHRITIS IN CHILDREN: MULTICENTRE RANDOMISED CONTROLLED

MONTINI G, TOFFOLO A, ZUCCHETTA P, ET AL.

BMJ 2007;335:386-92

Un trial controllato randomizzato multicentrico, realizzato in Italia e pubblicato sul *British Medical Journal*, ha studiato l'efficacia dell'antibioticoterapia per bocca nella pielonefrite in età pediatrica rispetto al trattamento iniziato per via parenterale e poi completato per bocca in bambini al primo episodio di pielonefrite acuta. Sono stati arruolati bambini di età compresa tra 1 mese e 7 anni con diagnosi di primo episodio di pielonefrite, definita dalla clinica (febbre > 38 °C) e dalla positività di indici di flogosi, esame delle urine e urinocoltura. Nello studio, dove randomizzazione e nascondimento della sequenza sono adeguati e dove è stata realizzata un'analisi per *intention to treat*, non è stata prevista la cecità, vista la differente modalità di somministrazione degli antibiotici.

I soggetti reclutati sono stati randomizzati a ricevere amoxicillina-clavulanico per bocca per 10 giorni (50 mg/kg/die in 3 somministrazioni) o ceftriaxone per via parenterale per 3 giorni (50 mg/kg/die una volta al giorno), seguito da amoxicillina-clavulanico per bocca per 7 giorni.

La presenza di cicatrice renale 12 mesi dopo l'infezione è stata considerata l'outcome principale dello studio. Esiti secondari sono stati il tempo di risoluzione della febbre (< 37 °C), la riduzione degli indici di flogosi e la frequenza di urine sterili a 72 ore. La perdita al follow-up dopo il completamento del ciclo antibiotico è stata elevata (20%).

Sono stati arruolati 502 soggetti, di cui 244 allocati a ricevere l'antibiotico per bocca e 258 a ricevere il trattamento parenterale seguito da quello per bocca. Dopo 12 mesi sono stati valutati nei due gruppi rispettivamente 197 e 203 soggetti. Non sono state messe in evidenza differenze né rispetto all'esito primario dello studio (presenza di cicatrici renali a 1 anno nel 13,7% dei soggetti del gruppo per bocca vs 17,7% del gruppo parenterale) né rispetto a quelli secondari (tempo medio di risoluzione della febbre 36,9 vs 34,3 ore, urine sterili a 72 ore in più del 99% dei casi in entrambi i gruppi).

Gli Autori concludono che il trattamento con antibiotici per bocca è altrettanto efficace rispetto a quello avviato per via parenterale e proseguito per bocca nel trattamento del primo episodio di pielonefrite nei bambini.

Commento

L'efficacia del trattamento della pielonefrite per bocca rispetto a quello parenterale nei bambini con più di 1 mese di vita era già nota, tanto che tale pratica è entrata in uso anche in alcune aree del nostro Paese. Un articolo di revisione sull'argomento pubblicato su *Medico e Bambino* nel 2004 (Marchetti F, Pennesi M, Pecile P, et al. *La terapia antibiotica della pielonefrite acuta*. *Medico e Bambino*

2004;23:316-19) riportava, sulla base di 2 trial e di quasi 700 pazienti studiati, che "la terapia antibiotica per os è dimostratamente efficace quanto quella endovenosa nella terapia dei bambini con pielonefrite acuta". Anche una metanalisi della Cochrane pubblicata nel 2005 (Bloomfield P, Hodson EM, Craig JC. *Antibiotics for acute pyelonephritis in children*. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1): CD003772) giunge, nelle sue conclusioni, a suggerire l'opzione di utilizzare l'antibiotico per os (cefixima) o l'antibiotico per via ev (2-4 giorni), seguito dall'antibiotico per os. Il trial clinico presentato, che rappresenta un ottimo esempio di ricerca multicentrica realizzata in ambito ospedaliero in Italia, conferma con forza (anche perché metodologicamente ben condotto) la sicurezza e l'efficacia della somministrazione orale, sia rispetto ad outcomes a breve termine (risoluzione della febbre, sterilizzazione delle urine) sia rispetto a quelli valutati sul lungo termine (cicatrici renali), in una popolazione di bambini al di fuori dell'età neonatale (> 1 mese di vita). L'antibiotico utilizzato è stato l'associazione dell'amoxicillina-acido clavulanico. Gli Autori del lavoro commentano, anche alla luce dei loro risultati, che alcune vecchie linee guida sul trattamento della pielonefrite andrebbero completamente riscritte. Le linee guida pubblicate nell'agosto 2007 dal NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) per il sistema sanitario inglese riportano comunque l'indicazione di utilizzare l'antibiotico per os nei bambini di età superiore ai 3 mesi.

LA DISPRASSIA

DISPRAXIA OR DEVELOPMENTAL COORDINATION DISORDER? UNRAVELLING THE ENIGMA

GIBBS J, APPLETON J, APPLETON R

Arch Dis Child 2007;92:534-39

Una rassegna pubblicata su *Archives of Disease in Childhood* affronta un problema che, a detta degli Autori, sembra rimanere un enigma anche per gli addetti ai lavori. A fronte di un vasto consenso nel considerare la disprassia come un disturbo della coordinazione motoria, non c'è accordo sulla precisa definizione della condizione. Il Forum interdisciplinare sulla disprassia tenutosi nel 1994 in Gran Bretagna è stato incapace di formulare una definizione che fosse accettata da tutti i presenti. Due erano le opzioni in discussione:

- la disprassia è l'incapacità di pianificare, organizzare e coordinare i movimenti in assenza di una qualsiasi condizione di deficit neurologico o intellettuale;
- i bambini disprassici sono quelli che in assenza di disturbi fisici e/o neurologici hanno difficoltà nel controllare e coordinare attività motorie volontarie. Questa condizione è soprattutto evolutiva più che acquisita.

Secondo gli Autori la confusione nasce dal fatto che negli anni i bambini con disprassia sono stati "etichettati" con termini diversi a seconda del background dello specialista che

se ne occupava. Sono stati per esempio definiti come bambini con disfunzione cerebrale minima o con sindrome del bambino impacciato. Il termine che, secondo gli Autori, definisce meglio la disprassia tanto da poterne essere considerato sinonimo è "disturbo dello sviluppo della coordinazione" (*Development Coordination Disorder* o DCD). Secondo l'American Psychiatric Association può essere fatta diagnosi di DCD solamente nel caso in cui siano presenti contemporaneamente le quattro seguenti condizioni:

- una coordinazione motoria nelle attività giornaliere notevolmente al di sotto delle aspettative per età e capacità intellettive;
- le difficoltà motorie creano un ostacolo nei risultati scolastici e nelle attività del vivere quotidiano;
- i problemi di coordinazione motoria non sono dovuti a una causa organica (ad esempio paralisi cerebrale o distrofia muscolare) o a un disturbo pervasivo dello sviluppo;
- se c'è un ritardo mentale, le difficoltà motorie sono molto superiori rispetto all'atteso.

La prevalenza di DCD è stimata intorno al 6%, con sintomi severi nel 2%; un ulteriore 10% presenta sintomi lievi. Questi dati sembrano indicare che in molte classi scolastiche dovrebbe esserci almeno un bambino con tale condizione. Sembra interessare i maschi con una frequenza 4 volte più alta rispetto alle femmine. I bambini nati prematuramente o con peso alla nascita estremamente basso sono a maggior rischio. Rispetto alle modalità di presentazione, in epoca prescolastica il carattere più significativo è un ritardo nell'acquisizione di alcune tappe dello sviluppo, quali gattonare, camminare o parlare. Si tratta di bambini che hanno difficoltà con il disegno, nel vestirsi, nel giocare con la palla, nel fare amicizia. Circa il 25% dei bambini vengono individuati in questa epoca, il rimanente 75% durante i primi anni della scuola. I segni a questa età sono, oltre alla persistenza dei problemi segnalati per l'età prescolare, scrittura lenta e impacciata e difficoltà a copiare dalla lavagna. Non sempre comunque i segni sono chiari, e questo porta a ritardi anche considerevoli prima che il problema venga sottoposto all'attenzione di uno specialista. Nel lavoro gli Autori forniscono una serie di informazioni su diagnosi, anche differenziale, e trattamento della condizione. Viene inoltre sottolineata l'importanza di una diagnosi precoce e di un conseguente intervento precoce. Questo aumenta le probabilità di miglioramento delle competenze motorie,

permettendo ai bambini con DCD di superare alcune delle loro difficoltà e di adottare opportune strategie per gestirle. Un miglioramento nell'organizzazione e nell'esecuzione delle attività motorie può avere come effetto secondario un miglioramento dell'immagine di sé, della propria autostima e una maggior integrazione sociale. Un ritardo nella diagnosi invece può avere gravi conseguenze che si ripercuotono anche in età adulta (disoccupazione, disturbi psichiatrici, uso di droghe e criminalità).

Commento

La disprassia non è naturalmente un disturbo nuovo: c'è da sempre, anche se si presenta spesso con nomi diversi; ma l'American Psychiatric Association gli ha imposto il termine definitivo di Developmental Coordination Disorder o DCD. Ha più o meno la prevalenza della disprassia ed è probabile che dipenda dallo stesso tipo di cause (genetiche + esposizione prenatale al testosterone) e, come la disprassia, ha gradi diversi di impaccio. Il pediatra dovrebbe saper distinguere non tanto chi ce l'ha (non è una malattia), quanto chi ne è realmente disturbato, merita test specifici (MABC) e merita anche, naturalmente, una riabilitazione, che è statisticamente efficace.

Tratto da: *Newsletter pediatrica. La sorveglianza della letteratura per il pediatra* 2007;4;70-71 e 75-78

La newsletter è prodotta da un gruppo di pediatri di famiglia, ospedalieri di primo livello, in formazione e con interesse in sanità pubblica ed epidemiologia clinica:

Redazione: T. Burmaz, S. Di Mario, M. Lorenzon, A. Macaluso, F. Marchetti, M.G. Pizzul, L. Ronfani, D. Rosenwirth, R. Servello, M. Spaccini, M. Stradi

Gruppo di lettura di Milano: E. Casiraghi, R. Cazzaniga, G. Del Bono, P. Elli, G. Lietti, G. Meregalli, A. Pirola, P. Rogari, M.T. Tartero, F. Zanetto

Gruppo di lettura di Vicenza: F. Andreotti, E. Benetti, F. Fusco, R. Gallo, V. Murgia, A. Pasinato, A. Penzo, B. Ruffato, D. Sambugaro, W. Spanevello, G. Ziglio

Gruppo di lettura di Verona: M. Agostani, F. Antoniazzi, M. Baldissera, M. Bolognini, P. Brutti, C. Chiamenti, M. Cipolli, M. Fornaro, M. Gaffuri, M. Gangemi, M.S. Leopardi, M. Maselli, M. Nardi, M. Previti, F. Raimo, P. Santuz, M. Tommasi, F. Valletta, S. Zanini

Per informazioni: www.csbonlus.org (sezione "Risorse")