

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: [domanderisposte@medicoebambino.com](mailto:domanderisposte@medicoebambino.com)) oppure per posta (via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste). Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale di *Medico e Bambino*, che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica.

Le domande di maggior interesse generale potranno essere pubblicate nella rubrica "Domande e Risposte". Per questo, è opportuno che il mittente segnali anche la città in cui lavora e la qualifica e/o il tipo di attività svolta.

Se, al contrario, non si desidera che il proprio nome venga indicato in calce al quesito posto, è sufficiente specificarlo.

### **Coprimaterassi e allergia agli acari**

*Ho sempre ritenuto che coprimaterasso e copricuscino, purché a trama molto fitta, fossero il presidio fondamentale per la profilassi ambientale nei soggetti sensibilizzati all'acaro. Recentemente in letteratura si trovano analisi e metanalisi che ne mettono in discussione l'utilità. Qual è a tutt'oggi l'opinione prevalente? E cosa dicono le linee guida più accreditate?*

dott. Roberto Luciani

Pediatra di famiglia, Lido di Camaiore (Lucca)

Le linee guida (LG) rimangono molto scettiche appunto perché le evidenze (metanalisi) non mostrano vantaggi significativi del solo coprimaterasso e del copricuscino tali da consigliarne l'utilizzo. Ma basta avere un parente, o un paziente, con importante ed esclusiva allergia all'acaro (rinite in particolare) per capire che i coprimaterassi a trama fittissima cambiano la vita di questi soggetti. Recentemente uno studio su bambini con asma ha potuto rilevare una differenza significativa nell'*outcome* principale (numero di accessi all'ospedale) per chi aveva il coprimaterasso con tessuto *Pristine*. Forse questo farà cambiare le indicazioni di qualche LG. Il problema è che gli studi fatti in passato, non differenziando il tipo di tessuto utilizzato, hanno portato a risultati contrastanti, anche perché i tessuti non tessuti (quelli usati per i filtri) non solo non servono, ma sono peggiorativi, annidando gli acari in modo inamovibile al loro interno.

Per concludere direi che questo è uno dei non pochi casi nei quali l'opinione dell'esperto (la mia in questo momento) che vive con i piedi per terra (*leggi* ambulatorio molte ore al giorno) vale più delle metanalisi e delle LG da queste dipendenti. Mi creda.

### **Faringite streptococcica, allergia, amoxicillina**

*Bambina di sette anni che circa tre anni fa ha presentato una reazione cutanea durante la somministrazione di cefixi-*

*ma; negli ultimi due anni si sono verificati alcuni episodi di faringotonsillite acuta febbrile (test rapido per streptococco  $\beta$ -emolitico di gruppo A - SBEA - positivo) trattati con claritromicina per 10 giorni. Nell'ultimo episodio ha praticato tampone faringeo con antibiogramma che ha evidenziato SBEA risultato sensibile a penicilline e cefalosporine, chinolonici, rifampicina, ma resistente a claritromicina, eritromicina e clindamicina. Quale antibiotico utilizzare considerando la suddetta allergia alle cefalosporine e la resistenza a macrolidi e clindamicina?*

Pediatra di famiglia

Napoli

Prima di tutto sarebbe importante sapere la tempistica dell'eruzione cutanea e in particolare se è iniziata in coincidenza stretta con la prima dose di cefixima e quanto è successivamente durata. Questo perché la gran parte delle eruzioni cutanee riferite all'antibiotico non sono dovute ad allergia, e tanto meno alla sempre troppo temuta allergia IgE-mediata; e questo è tanto più vero nell'età prescolare nella quale è invece comunissima l'orticaria post-infettiva che è la causa prima di tutte quelle supposte allergie ai farmaci che poi vengono erroneamente mantenute indelebili nella memoria di questi soggetti per tutta la vita. Detto questo ricordo che l'amoxicillina è l'antibiotico di prima scelta al quale lo SBEA non è mai resistente (non va nemmeno chiesto l'antibiogramma) e la probabilità di una *cross*-reattività allergica con le cefalosporine di terza generazione è remotissima, se mai esistente. Pertanto, nel suo caso, userei senza timore l'amoxicillina, in due dosi/die per 6 giorni.

### **Schönlein-Henoch, proteinuria**

*Bambino di quattro anni con porpora di Schönlein-Henoch dimesso dal Pronto Soccorso con indicazione a eseguire esame urine e dosare la proteinuria delle 24 ore ogni tre giorni per il primo*

*me; poi una volta alla settimana per tre mesi; poi una volta al mese per sei mesi e poi ogni sei mesi per tre anni.*

*Dall'esordio a ora ha sempre avuto l'esame urine nella norma, senza tracce di proteine e sangue, ha un senso fare la raccolta delle 24 ore? Non basta l'esame urine e rinviare l'eventuale raccolta, qualora comparissero proteine?*

dott. Marta Pennacchio

Pediatra di famiglia, Brescia

Sono d'accordo con Lei, il dosaggio della proteinuria delle 24 ore in assenza di una positività dello stick urine non ha motivo di essere richiesta. È quindi sufficiente l'esecuzione dello stick ed eventuale approfondimento solo in caso di positività.

### **Mesalazina e allattamento**

*Volevo chiedere se donne affette da retocolite ulcerosa in trattamento con mesalazina (al momento in pieno benessere) possono allattare.*

dott.ssa Vincenza Mastromauro

Pediatra di famiglia, Bari

La mesalazina appartiene alla classe L3. Nella scala più accreditata della letteratura (*Hale's scale*), che va da L1 (*compatible*) a L5 (*hazardous*), tale farmaco rientra quindi nella categoria "probabilmente compatibile".

Il "probabilmente" è spiegato dalla scarsità dei dati a riguardo. I rarissimi casi di effetti collaterale segnalati riguardano la possibilità di diarrea o vomito. Il consiglio è sempre lo stesso: prendere il farmaco subito dopo la poppata e monitorare il neonato/lattante per gli eventuali effetti collaterali descritti.

Per finire segnalo che l'applicazione *LactMed* - facilmente scaricabile sugli smartphone e che si basa sui dati del *National Institutes of Health* (NIH) e sul *Toxicology Data Network* (*Toxnet*) - afferma chiaramente che l'assunzione di mesalazina non giustifica la sospensione dell'allattamento al seno.