

ilmedicopediatra 2025;34(1):14-18;
doi: 10.36179/2611-5212-2025-3

Congiuntiviti neonatali: eziologia, diagnosi e trattamento in Italia

Salvatore Iasevoli¹, Adele Compagnone²

¹ Pediatra, Segretario Provinciale FIMP Napoli; ² Pediatra Trento, Referente Nazionale Area FIMP Social e Provinciale FIMP, Area Sperimentazione e Ricerca

Riassunto

Le congiuntiviti neonatali sono la più comune patologia oculare nei neonati, con un'incidenza globale che varia dall'1,2 al 12%. Nonostante sia spesso autolimitante, la congiuntivite neonatale costituisce una significativa causa di cecità corneale permanente, con circa 5 milioni di casi riportati ogni anno a livello globale, soprattutto nelle aree in via di sviluppo. Gli Autori discutono l'eziologia, la diagnosi, il trattamento e la prevenzione delle congiuntiviti neonatali.

Parole chiave: congiuntivite tossica, virale, batterica

Summary

Neonatal conjunctivitis is the most frequent ocular disease in newborns with an overall incidence varying from 1.2 to 12%. Even though neonatal conjunctivitis is often self-limiting, it remains a significant cause of corneal blindness with a global number of 5 millions of cases per year, in particular in developing countries. The Authors discuss etiology, diagnosis, treatment and prevention strategy of neonatal conjunctivitis.

Key words: conjunctivitis toxic, viral, bacterial

Corrispondenza

Salvatore Iasevoli
sasaiasevolidoc@gmail.com

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Iasevoli S, Compagnone A. Congiuntiviti neonatali: eziologia, diagnosi e trattamento in Italia. *Il Medico Pediatra* 2025;34(1):14-18. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2025-3>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Introduzione

Le congiuntiviti neonatali, note anche come *Ophthalmia Neonatorum* (ON), rappresentano la più comune patologia oculare nei neonati, con un'incidenza globale che varia dall'1,2 al 12%. Questa condizione, che si verifica entro le prime 4 settimane di vita, può essere causata da infezioni batteriche, virali, chimiche o meccaniche. Nonostante sia spesso autolimitante, l'ON costituisce una significativa causa di cecità corneale permanente, con circa 5 milioni di casi riportati ogni anno a livello globale, soprattutto nelle aree in via di sviluppo.

Questo articolo esamina l'eziologia, la diagnosi, il trattamento e la prevenzione delle congiuntiviti neonatali, fornendo un approfondimento specifico per i pediatri.

Eziologia

Le congiuntiviti neonatali possono derivare da diverse cause:

Infezioni batteriche

- ***Chlamydia trachomatis***: rappresenta la causa batterica più comune, con una prevalenza fino al 40% dei casi di ON. L'infezione, che non è soggetta a notifica obbligatoria, si verifica durante il passaggio nel canale del parto e si manifesta generalmente tra il 5° e il 14° giorno di vita. Può causare congiuntivite accompagnata da secrezioni mucopurulente, edema palpebrale e, in alcuni casi, formazione di pseudomembrane. Circa il 30-50% dei neonati esposti sviluppa infezione congiuntivale e il 5-20% può sviluppare polmonite associata.
- ***Neisseria gonorrhoeae***: l'infezione compare entro 2-5 giorni dalla nascita e si manifesta con una grave congiuntivite mucopurulenta associata a edema palpebrale ed è soggetta in Italia a notifica obbligatoria in classe II. Se non trattata, o trattata in modo inappropriato, può causare perforazione corneale e perdita della vista in meno di 24 ore, data la capacità della *N. gonorrhoeae* di penetrare la cornea intatta.
- **Altri batteri**: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (non tipizzabile), *Staphylococcus aureus*, *Corynebacterium*, *Moraxella catarrhalis*, *Escherichia Coli* e *Klebsiella pneumoniae* sono responsabili di una percentuale variabile di casi, spesso associati a condizioni ambientali o nosocomiali.

Infezioni virali

- **Herpes simplex virus (HSV) tipo 1**: rappresenta la principale causa virale di congiuntivite neonatale. L'infezione può insorgere tra il 6° e il 14° giorno di vita e può presentarsi come cheratocongiuntivite isolata o come parte di un'infezione sistemica. Segni caratteristici includono cheratite dendritica – osservabile meglio con la colorazione con fluoresceina (colore verde) – e vescicole cutanee perioculari.

È essenziale una diagnosi precoce per prevenire complicanze sistemiche.

Congiuntiviti chimiche

- Spesso legate all'uso di soluzione di **nitrato d'argento 1%** per la profilassi oculare che non viene più fatta. Questa forma di congiuntivite, caratterizzata da arrossamento e lieve secrezione oculare, si manifesta entro 6-8 ore dalla nascita e si risolve spontaneamente entro 48-96 ore.

Cause meccaniche

- Possono derivare da **traumi o irritazioni fisiche** durante il parto, come l'uso di strumenti ostetrici o manipolazioni invasive.
- **Ostruzione congenita del dotto nasolacrimale (dacriostenosi)**: l'ostruzione congenita del dotto nasolacrimale è una condizione comune nei neonati e nei lattanti, ha una prevalenza che varia dal 5 al 20%. Questa condizione può causare lacrimazione persistente e predisporre a infezioni secondarie, manifestandosi con secrezione mucopurulenta e arrossamento oculare.

Diagnosi

La diagnosi differenziale delle congiuntiviti neonatali è fondamentale per identificare la causa e avviare il trattamento appropriato. Gli strumenti diagnostici includono:

- **Esame clinico**: valutazione dei segni e sintomi come secrezioni (acquose, mucopurulente o purulente), edema palpebrale, iperemia congiuntivale e chemosi.
- **Esami di laboratorio**:
 - colorazione di Gram per identificare batteri come *Neisseria gonorrhoeae*;
 - colorazione di Giemsa per rilevare inclusioni intracitoplasmatiche tipiche di *Chlamydia trachomatis*;
 - test di amplificazione degli acidi nucleici (NAAT) per la diagnosi rapida di infezioni da *Chlamydia* e *Gonococco*;



- coltura virale e test di immunofluorescenza diretta per la diagnosi di HSV.

Trattamento

Il trattamento delle congiuntiviti neonatali varia in base all'eziologia:

Infezioni batteriche

- ***Chlamydia trachomatis***: i neonati nati da madri con infezione da *Chlamydia* non trattata sono ad alto rischio di infezione; tuttavia, il trattamento antimicrobico profilattico non è indicato perché l'efficacia di tale trattamento è sconosciuta. Solo se i neonati presentano l'infezione vanno trattati con Eritromicina orale (50 mg/kg/die in 4 dosi divise) per 14 giorni. La madre e il partner devono essere trattati per prevenire reinfezioni.
- ***Neisseria gonorrhoeae***: ceftriaxone (25-50 mg/kg in dose singola per via IM o EV fino a un massimo di 125 mg per somministrazione), tenendo presente le note AIFA che controindicano il trattamento con ceftriaxone nei prematuri, nei neonati a termine con iperbilirubinemia o in quelli che richiedano una supplementazione di calcio per via endovenosa o una terapia con infusi contenenti calcio. Pertanto, questi neonati riceveranno 1 dose di cefotaxime (100mg/kg, EV/IM) o 1 dose di gentamicina (2,5mg/kg, EV/IM). È importante irrigare frequentemente l'occhio con soluzione fisiologica per rimuovere le secrezioni purulente ed evitare l'adesione delle stesse. Le linee guida suggeriscono che la terapia antibiotica venga iniziata tempestivamente, senza attendere i test di laboratorio per prevenire complicanze come meningite e sepsi.

- **Altri batteri:** l'oftalmia neonatale dovuta a *Pseudomonas aeruginosa* ha una predilezione per i neonati pretermine e si presenta con edema ed eritema palpebrale mucopurulento e formazione di pannicoli. Può progredire rapidamente portando alla perforazione corneale, all'endofthalmitis, alla cecità e a gravi infezioni generalizzate che richiedono terapie topiche e sistemiche.

Infezioni virali

- **HSV tipo 1:** aciclovir sistemico (20 mg/kg ogni 8 ore) per 14-21 giorni, combinato con trattamento topico specifico.

Chimiche

Questa condizione è generalmente autolimitante e non richiede trattamento specifico.

Meccaniche

Nella dacriostenosi, in molti casi, il trattamento iniziale è conservativo, poiché circa il 90% delle ostruzioni congenite del dotto nasolacrimale si risolve spontaneamente entro il primo anno di vita. Tuttavia, quando la situazione non si risolve spontaneamente o è associata a infezioni ricorrenti (dacriocistiti), può essere indicato un intervento chirurgico.

Le indicazioni per l'intervento sono:

- Età del neonato o lattante: se i sintomi persistono oltre i 12-18 mesi, si valuta l'intervento chirurgico. In alcuni casi, l'intervento può essere anticipato tra i 6 e i 12 mesi in presenza di complicanze frequenti o dacriocistiti gravi.
- Fallimento del trattamento conservativo: se massaggi del sacco lacrimale e l'uso di antibiotici locali per le infezioni secondarie non hanno dato risultati.

Tipi di intervento

1. **Sondaggio del dotto nasolacrimale:** procedura di prima scelta, eseguita generalmente in anestesia generale. Consiste nell'inserire una sonda sottile per aprire l'ostruzione. Il successo del trattamento è maggiore in

questa fascia di età. Dopo i 2 anni, le probabilità di successo del sondaggio diminuiscono e potrebbe essere necessario un trattamento più invasivo.

2. **Intubazione o inserimento di stent:** indicato se il sondaggio semplice non è sufficiente.
3. **Dacriocistorinostomia:** raramente necessaria nei bambini, riservata a casi più complessi o recidivanti.

Prevenzione

Considerando la bassa incidenza di congiuntiviti da *Chlamydia trachomatis* e da *Neisseria gonorrhoeae* e vista la mancanza di una normativa specifica sulla obbligatorietà della profilassi oculare nel neonato in Italia, la Società Italiana di Neonatologia (SIN), la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) e la Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP), hanno ritenuto necessario emanare un documento congiunto, al fine di suggerire indicazioni condivise per standardizzare le procedure profilattiche su tutto il territorio nazionale e per evitare di somministrare ai neonati antibiotici inutili. Per il successo di questa iniziativa è fondamentale un approccio multidisciplinare, ostetrico-ginecologico, neonatologico e infermieristico, che insieme avvii l'attività di prevenzione primaria fin dalle prime fasi della gravidanza attraverso:

Prevenzione primaria

- Screening e trattamento delle infezioni genitali materne durante la gravidanza.

Profilassi alla nascita

- La profilassi non è obbligatoria per legge anche se in alcuni punti nascita italiani la applicano ancora.
- In Italia, le raccomandazioni attuali suggeriscono di eseguirla solo nei neonati nati da gravidanze non assistite (definite come meno di tre visite effettuate durante la gravidanza) o da donne incinte non sottoposte a screening a rischio di malattie sessualmente trasmissibili. I neonati riceveranno immediatamente dopo la nascita azitromicina collirio 1,5% o unguento oftalmico al cloramfenicolo 1%, che

sono gli unici farmaci e formulazioni attualmente disponibili in Italia. Si raccomanda che le gestanti effettuino un tampone cervico-vaginale nel primo trimestre di gravidanza, con una ripetizione nel terzo trimestre, soprattutto in presenza di fattori di rischio specifici. In caso di infezione trattata, è consigliata la ripetizione del test per la donna e il partner tre mesi dopo la conclusione della terapia, a causa dell'elevato rischio di reinfezione. Se il tampone di screening risulta negativo, il rischio di infezione per il neonato è praticamente inesistente.

Raccomandazioni principali alla profilassi antibiotica

1. Screening materno per infezioni sessualmente trasmissibili (IST) durante la gravidanza (inizio e terzo trimestre per donne a rischio).
2. Profilassi mirata solo per neonati da madri non sottoposte a screening o con infezioni non trattate.
3. Uso razionale di antibiotici per evitare effetti collaterali inutili.

Prevenzione terziaria

- Diagnosi precoce e trattamento tempestivo delle infezioni oculari nei neonati.

Conclusioni

Le congiuntiviti neonatali rimangono una condizione rilevante per la salute pubblica, con implicazioni significative per la vista e il benessere del neonato. Sebbene siano stati compiuti progressi nella prevenzione e nel trattamento, la diagnosi precoce e la gestione tempestiva sono essenziali per prevenire complicanze a lungo termine. Un approccio multidisciplinare che includa pediatri, oftalmologi, ginecologi e ostetrici è cruciale per migliorare gli esiti clinici.

Bibliografia di riferimento

- Darrow DH, Davis WE. Neonatal conjunctivitis: clinical features and management. *Pediatrics* 2018.
- Elk Grove Village IL. Report of the Committee on infectious diseases. American Academy of Pediatrics. Red Book: 2021-2024.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Gonorrhoea – Annual Epidemiological Report for 2018. Surveillance report 25 May 2020.
- Hammerschlag MR. Chlamydial and gonococcal infections in infants and children. *Clin Infect Dis* 2011;53(Suppl 3):S99-102. <https://doi.org/10.1093/cid/cir699>
- Maheshwari P. Neonatal herpes simplex virus infections. *Indian J Pediatr* 2019.
- Miller D, Waite RD. Ocular infections in neonates: a review of current trends and practices. *J Neonatal Med* 2020.
- Profilassi dell'Ophthalmia neonatorum. Raccomandazioni sulla procedura della profilassi della Ophthalmia neonatorum in Italia: documento congiunto SIN-SIGO-SIMP (update 1 marzo 2023).
- World Health Organization (WHO). Global initiative for the elimination of avoidable blindness: Vision 2020. WHO report 2019.