## Le dossier – Œil et grossesse

# Risque de décollement de rétine et grossesse

**RÉSUMÉ : Le décollement de rétine (DR) est une affection rare (1/10 000) atteignant le plus souvent les sujets de plus de 60 ans. Lorsqu'il survient chez des sujets jeunes, il s'agit, le plus souvent, d'un DR post-traumatique ou dans le cadre de la myopie forte.**
**Les lésions prédisposantes au DR sont fréquentes dans la population générale mais seules 2 % des lésions dépistées de manière fortuite se compliquent de DR. La survenue du décollement postérieur du vitré est un facteur clé dans la genèse de la majorité des DR. Ces lésions prédisposantes au DR n'évoluent pas après accouchement par voie basse et ne nécessitent donc pas la réalisation d'une césarienne.**
**Le dépistage et le traitement prophylactique des lésions rétiniennes périphériques chez la femme enceinte sont identiques à ceux réalisés dans la population générale et sont donc préconisés chez le myope fort, en cas de lésions symptomatiques ou d'antécédent de décollement de rétine de l'œil adelphe.**
**La rétinopathie de Valsalva peut survenir en cas d'effort de poussée à glotte fermée et peut concerner les femmes enceintes en dehors ou au décours de la période de travail, toutefois elle n'est pas associée à une augmentation du risque de DR.**

**J. MARIE-LOUISE, A. COUTURIER**
Service d'Ophtalmologie,
Hôpital Lariboisière, PARIS.

La grossesse et l'accouchement par voie basse sont-ils des facteurs de risque de décollement de rétine (DR) ? Cette notion reste en effet répandue parmi les gynécologues et les ophtalmologistes mais il existe en réalité peu de données sur ces risques et sur la gestion des femmes enceintes à risque de décollement de rétine.

## Décollement de rétine : rappels épidémiologiques

La survenue d'un DR dans la population générale reste, somme toute, assez faible : l'incidence globale est de 6,3 à 17,9 pour 100 000 habitants, soit 1 cas sur 10 000 personnes et par an [1, 2].

Deux pics d'incidence sont retrouvés, le pic principal se situant entre 50 et 70 ans [3]. Cette population est le plus souvent atteinte par un décollement de rétine dit "rhegmatogène", c'est-à-dire survenant à partir de déchirure rétinienne (***fig. 1***). Celles-ci se développent sur des sites d'adhérence vitréorétinienne physiologique ou pathologique et sont induites par le décollement postérieur du vitré. Le décollement postérieur du vitré (DPV) est un phénomène de sénescence de l'œil mais il peut être précipité par la chirurgie ophtalmologique de type chirurgie de la cataracte.

**Fig. 1 :** Rétinophotographie ultra grand champ d'un décollement de rétine rhegmatogène, la déchirure causale est localisée en temporal supérieur. Une ancienne déchirure est située en temporal inférieur et elle est déjà entourée d'un cerclage laser.

Le second pic de survenue des DR survient vers 30 ans, majoritairement chez

**Fig. 2 :** Rétinophotographie ultra grand champ d'un décollement de rétine inférieur à progression lente à partir de trous rétiniens atrophiques inférieurs chez un patient myope.

les myopes forts ou dans un contexte post-traumatique [3]. Le *sex ratio* est en défaveur des hommes [3] à cet âge. Ces décollements de rétine sont pléiomorphes et peuvent survenir en l'absence de DPV, notamment chez le myope fort (***fig. 2***).

**La myopie forte** est un facteur de risque indépendant de DR et les femmes enceintes myopes fortes ont statistiquement un sur-risque par rapport aux femmes enceintes emmétropes ou ayant une erreur réfractive sphérique inférieure à -6 dioptries. La myopie forte se définit par une réfraction supérieure à -6D et/ou une longueur axiale excédant 26 mm. On assiste actuellement à une épidémie mondiale de myopie : la prévalence de la myopie forte était de 0,5 à 2 % en France en 1994 [4], elle affecte entre 6,8 à 20 % de la population en Asie [5-7]. En 2000, la prévalence mondiale était estimée à 2,7 %. Ce chiffre augmenterait jusqu'à concerner 9,8 % de la population d'ici 2050 [8]. Il s'agit d'un enjeu de santé publique : la myopie est une cause de baisse d'acuité visuelle ; ainsi, à partir de -4 dioptries le risque de glaucome [9] est multiplié par 3, celui de cataracte par 2 [10] et de décollement de rétine par 10 [11].

**L'examen du fond d'œil systématique** permet le dépistage des lésions de la rétine périphérique à risque de DR et parfois le dépistage des DR asymptomatiques. Ce dernier cas reste un cas rare : dans une série récente de 12 815 yeux myopes [12] bénéficiant d'un fond d'œil de routine, l'auteur retrouve 4 DR asymptomatiques, soit une incidence de 0,039 % dans cette population myope avec équivalent sphérique moyen de -4,42 D.

**Les lésions prédisposantes** sont plus fréquentes que les DR asymtomatiques. Les palissades sont présentes chez 8 % de la population et dans 45 % des cas de DR [1]. Les trous ronds atrophiques représentent 2,8 % de tous les DR [13]. Le *cystic retinal tuft* ainsi que les rétinoschisis séniles périphériques sont également statistiquement associés au DR. Toutefois, la découverte d'une déhiscence chez un patient phaque asymptomatique n'évolue vers un décollement de rétine que dans 2 % des cas [14]. Cela met en exergue le rôle fondamental du DPV dans la genèse des DR. Deux études récentes [15, 16] ont mis en évidence l'association statistiquement significative entre la survenue du DPV et l'âge, la myopie, le genre féminin et la chirurgie oculaire. La grossesse, les efforts de poussée et l'hypertonie oculaire n'étaient retrouvés comme facteur de risque de déclenchement du décollement postérieur du vitré.

## Relation entre décollement de rétine et accouchement

L'accouchement par voie basse est suspecté d'être un facteur de risque de décollement de rétine. Les articles abordant le sujet sont représentés essentiellement par des enquêtes d'opinion.

### 1. Les effets du travail et de la délivrance : une revue de la littérature

**>>>** Les croyances : un questionnaire réalisé dans les années 90 auprès de gynécologues anglais mettait en évidence que les ¾ d'entre eux jugeaient nécessaire de réaliser un geste obstétrical au cours du travail en cas d'antécédents de DR [17].

**>>>** Une étude récente de 2015 [18] révélait que les obstétriciens recommandaient la césarienne en cas d'antécédents de déchirure, trou, décollement de rétine alors que le même questionnaire appliqué aux ophtalmologistes démontrait que ces derniers préconisaient un accouchement par voie basse.

Le raisonnement évoqué était que, pendant la deuxième étape du travail, le mécanisme de Valsalva pourrait augmenter la pression intraoculaire (PIO) avec pour conséquence l'apparition de déchirures ou de décollement de rétine dans les yeux prédisposés. Une récente étude a démontré, sur un groupe de 30 patientes ayant accouché par voie basse, que la PIO n'était pas modifiée au cours des différentes phases de travail par rapport à baseline et n'augmentait pas non plus dans les 24 à 48 h après l'accouchement [19].

Comme tous les efforts de poussée à glotte fermée, le travail peut en effet

# Le dossier – Œil et grossesse

se compliquer de rétinopathie de Valsalva [20] (***fig. 3 et 4***).

Un cas *perpartum* a été décrit, en dehors de tout début du travail, de manière spontanée [21] comme après un effort à glotte fermée [22]. Dans les cas de rétinopathie de Valsalva, le décollement du vitré est souvent partiel et limité au pôle postérieur sans atteindre les zones de fragilité rétinienne situées en périphérie, ces cas se compliquent rarement de décollement de rétine. Un cas exceptionnel a été décrit dans la littérature chez un patient présentant un *morning-glory syndrom* [23]. L'association rétinopathie de Valsalva et déchirure rétinienne périphérique n'a pas été retrouvée, seul 1 cas de trou maculaire a été décrit [24], témoignant probablement de l'absence de progression en périphérie du DPV (***fig. 4***).

#### 2. Évolutivité des lésions prédisposantes au DR avant et après accouchement par voie basse

Quelques études cliniques ont été publiées et reposent sur de petits effectifs de patientes. Landau *et al.* [25] ont décrit 10 cas de femmes enceintes ayant eu un antécédent de DR résolu ou des lésions prédisposantes à type de palissades étendues ou un antécédent de trou rétinien ou de déchirure rétinienne traitée par laser. L'examen de la périphérie rétinienne avant et après accouchement par voie basse était identique. De même pour Neri *et al.* [26], au sujet d'un groupe de patientes myope de -4,5 D ou plus, les lésions ne s'aggravaient pas après accouchement par voie basse. L'augmentation de la pression intraoculaire ne serait pas associée à une induction du DPV et ne favoriserait donc pas l'extension des lésions rétiniennes périphériques.

## Un cas particulier : la prééclampsie

La prééclampsie complique environ 2 % à 8 % des grossesses et est associée à une morbidité et une mortalité maternelle et fœtale significatives [27]. Les critères diagnostiques de la prééclampsie sont les suivants : hypertension artérielle gravidique (pression artérielle systolique ≥ 140 mmHg ou pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg), apparition après 20 semaines d'âge gestationnel et une protéinurie > 0,3 g/24 h. Des symptômes visuels surviennent chez environ 25 % des patients atteints de prééclampsie [28]. Les complications visuelles peuvent inclure la cécité corticale, l'occlusion de la veine centrale de la rétine, l'hémorragie du vitré et le décollement de la rétine. 3 % des patientes atteintes de prééclampsie [29] sont concernées par ces DR de type exsudatif, dont la physiopathologie est complètement différente du décollement de rétine rhegmatogène et liée à une rupture de la barrière hémato-rétinienne externe secondaire à une ischémie choroïdienne [30]. L'abaissement de la pression artérielle et l'accouchement permettent une résolution de l'exsudation dans la majorité des cas.

## Prise en charge

Le DR est une urgence chirurgicale et toute suspicion de DR justifie un avis auprès d'un chirurgien vitréo-rétinien dans les 48 heures. La prise en charge est exclusivement chirurgicale et les modalités opératoires sont discutées en fonction de la topographie du DR, de l'existence d'une myopie forte, du DPV, du statut cristallinien ainsi que des contraintes de vie du patient (voyage en avion ou résidence en altitude contre-indiquant le gaz intraoculaire par exemple).

Les anesthésiques locaux utilisés pour le bloc régional péri/rétro-bulbaire

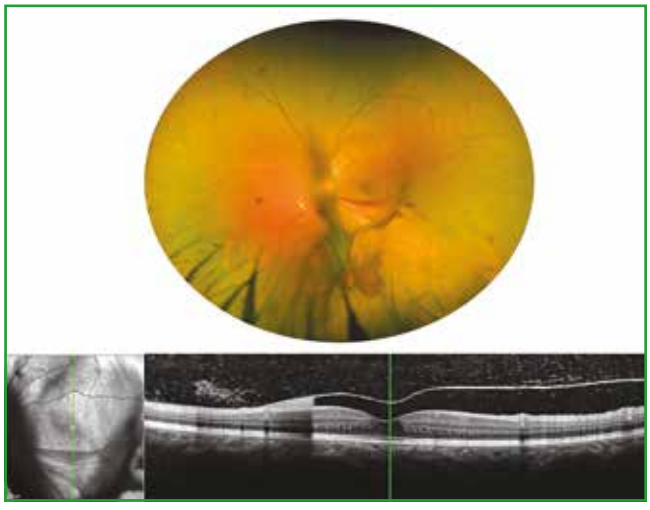

**Fig. 3 :** Rétinopathie de Valsalva de survenue spontanée chez une femme de 25 ans : rétinophotographie ultra grand champ et coupe verticale en OCT B-scan objectivant une hémorragie rétro-hyaloïdienne.

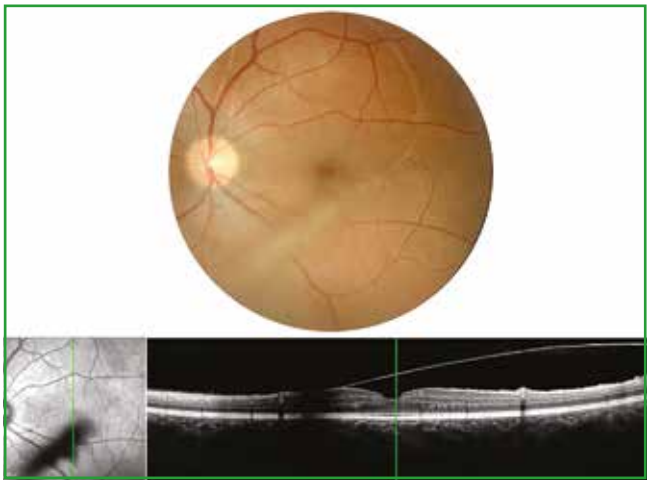

**Fig. 4 :** Suivi à 1 an d'une rétinopathie de Valsalva (même patiente qu'à la ***figure 3***) : la rétinophotographie et la coupe verticale en OCT B-scan retrouvent une résolution spontanée de l'hémorragie rétro-hyaloïdienne et l'absence de progression du décollement postérieur du vitré.

tels que la lidocaïne, la rovicaïne et la mépivacaïne traversent la barrière hémato-placentaire et seront administrés en concertation avec l'équipe d'anesthésie. Ces drogues sont utilisées pour l'anesthésie péridurale et ne présentent pas de contre-indication formelle à l'usage *perpartum*. Si nécessaire, le recours à l'anesthésie générale sera discuté.

De même, les colorants tels que le brillant peel, le bleu Trypan, les tamponnements provisoires à base de perfluoro-octane, les tamponnements prolongés tels que les gaz intraoculaires ou les huiles de silicone ne présentent pas de contre-indications liées à la grossesse.

## La prévention

Une récente conférence d'experts [31] n'a jugé nécessaire la pratique d'un traitement laser à visée prophylactique en cas de lésions périphériques asymptomatiques à type de palissades, de givre diffus dans les cas d'emmétropie.

La conduite à tenir chez les patientes myopes fortes enceintes ou ayant déjà eu un DR sur un œil rejoint celle à adopter dans la population générale et aucune attitude prophylactique n'est pour le moment univoque.

Chez les patientes hypermétropes, emmétropes ou faiblement myopes, la réalisation systématique d'un fond d'œil, en dehors de symptômes visuels évocateurs, n'est pas justifié en prévision de l'accouchement. En effet, comme évoqué précedemment [14], seuls 2 % des lésions diagnostiquées de manière fortuite se compliquent de DR chez le sujet phaque sans DPV. Ce qui est le cas de la majorité des femmes enceintes.

La période moyenne de l'étude était de 11 ans, la probabilité de survenue d'un DR au décours d'une grossesse est très certainement plus faible compte tenu du temps de gestation de 9 mois.

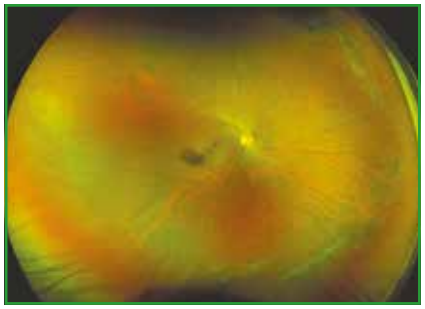

**Fig. 5 :** Rétinophotographie ultra grand champ de l'œil adelphe de décollement de rétine chez une femme de 32 ans objectivant de multiples lésions palissadiques.

Chez les patientes myopes fortes, la réalisation d'un fond d'œil de dépistage rejoint l'indication de fond d'œil chez tout patient myope fort. En l'absence de symptômes et devant des lésions présentant peu de risques telles que le givre, le *cystic tuft*, ces patientes ne devraient pas bénéficier d'un laser prophylactique. En l'absence de symptômes, le cerclage laser des trous ronds atrophiques et des palissades ne fait pas consensus et doit être discuté entre l'ophtalmologiste et le patient, l'informant notamment du risque persistant de DR malgré le traitement de ces lésions. En cas de signes fonctionnels amenant à découvrir des lésions précédemment citées et/ou en présence d'une déchirure à clapet, le cerclage laser sera unanimement réalisé.

Dans le cas des patientes myopes fortes ayant un antécédent de DR, il existe un consensus pour préconiser le traitement prophylactique des palissades de l'œil adelphe (***fig. 5***). Il en est de même pour la réalisation d'un barrage laser sur 360° de l'œil adelphe en cas de DR sur déchirure géante [32], même si une revue Cochrane [33] de 2012 avait conclu sur l'absence de preuve scientifique apportée par les études.

Dans tous les cas, la décision d'une césarienne prophylactique n'est pas justifiée en cas de myopie forte, d'antécédents de DR ou de lésions à risque de DR et l'hypothèse d'un risque accru de survenue de déchirure ou de décollement de rétine n'est pas démontrée [34].

## Conclusion

Les données actuelles de la littérature permettent de conclure que le risque de DR n'est pas augmenté par l'accouchement naturel par voie basse. Les antécédents de DR ou de lésions à risque de DR ne justifient donc pas une indication de césarienne.

Le dépistage des anomalies périphériques du fond d'œil rejoint celui de la population générale et concerne essentiellement les patientes ayant une myopie forte ou présentant des symptômes visuels à type de myodésopsies et/ou de phosphènes.

### BIBLIOGRAPHIE


1. Mitry D, Charteris DG, Fleck BW *et al.* The Epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment - Geographic variation and clinical associations. *Br J Ophthalmol*, 2010;94:678-684.
2. Algvere PV, Jahnberg P, Textorius O. The Swedish Retinal Detachment Register. I. A database for epidemiological and clinical studies. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 1999;237:137-144.
3. Mitry D, Chalmers J, Anderson K *et al.* Temporal trends in retinal detachment incidence in Scotland between 1987 and 2006. *Br J Ophthalmol*, 2011;95:365-369.
4. Mondon H, Metge P. La myopie forte. Rapport de la Société Française d'Ophtalmologie. *Masson*, Paris, 1994.
5. Lee JH, Jee D, Kwon JW *et al.* Prevalence and risk factors for myopia in a rural Korean population. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2013;54:5466-5471.
6. Pan CW, Zheng YF, Anuar AR *et al.* Prevalence of refractive errors in a multiethnic Asian population: the Singapore epidemiology of eye disease study. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2013;54:2590-2598.
7. Jung SK, Lee JH, Kakizaki H *et al.* Prevalence of myopia and its association with body stature and educational level in 19-year-old male conscripts in seoul, South Korea. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2012;53:5579-5583.

# Le dossier – Œil et grossesse


8. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, *et al.* Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*, 2016;123:1036-1042.
9. Mitchell P, Hourihan F, Sandbach J *et al.* The relationship between glaucoma and myopia: the Blue Mountains Eye Study. *Ophthalmology*, 1999;106:2010-2015.
10. Pan CW, Cheng SY, Saw SM, *et al.* Myopia and age-related cataract: a systematic review and meta-analysis. *Am J Ophthalmol*, 2013;156:1021-1033.
11. The Eye Disease Case-Control Study Group. Risk factors for idiopathic rhegmatogenous retinal detachment. *Am J Epidemiol*, 1993;137:749-757.
12. Orucov F, Galbinur T, Frenkel S, *et al.* Prevalence of clinical asymptomatic retinal detachment in myopic population. *Br J Ophthalmol*, 2008;92:1374-1376.
13. Tillery WV, Lucier AC. Round atrophic holes in lattice degeneration – An important cause of phakic retinal detachment. *Trans Sect Ophthalmol Am Acad Ophthalmol Otolaryngol*, 1976;81:509-518.
14. Byer NE. What happens to untreated asymptomatic retinal breaks, and are they affected by posterior vitreous detachment? *Ophthalmology*, 1998;105:1045-1049.
15. Shen Z, Duan X, Wang F, *et al.* Prevalence and risk factors of posterior vitreous detachment in a Chinese adult population: the Handan eye study. *BMC Ophthalmol*, 2013;16;13:33.
16. Hayreh SS, Jonas JB. Posterior vitreous detachment: clinical correlations. *Ophthalmologica*, 2004;218:333-343.
17. Inglesby DV, Little BC, Chignell AH (1990) Surgery for detachment of the retina should not affect a normal delivery. *Br Med J*, 300:980.
18. Chiu H, Steele D, McAlister C *et al.* Delivery recommendations for pregnant females with risk factors for rhegmatogenous retinal detachment. *Can J Ophthalmol*, 2015;50:11-18.
19. Meshi A, Armarnik S, Mimouni M *et al.* The Effect of Labor on the Intraocular Pressure in Healthy Women. *J Glaucoma*. 2017;26:59-64.
20. Ladjimi A, Zaouali S, Messaoud R *et al.* Valsalva retinopathy induced by labour. *Eur J Ophthalmol*, 2002;12:336-338.
21. Li N, Zhu Z, Yi G *et al.* Valsalva Retinopathy in Twin-Pregnancy: A Case Report and Literature Review. *Am J Case Rep*, 2018;19:5-9.
22. Dağlioğlu MC, Coşkun M, Ilhan N *et al.* Posterior Hyaloidotomy by Nd:YAG Laser Application in a Patient with Postpartum Depression Caused by Valsalva Retinopathy. *Case Rep Ophthalmol*, 2013;4:64-68.
23. Fajgenbaum MAP, Antonakis SN, Membrey L *et al.* Acute retinal detachment induced by the Valsalva manoeuvre in morning glory disc anomaly. *BMJ Case Rep*, 2018;2018. pii: bcr-2017-223131.
24. Xie ZG, Yu SQ, Chen X *et al.* Macular hole secondary to Valsalv retinopathy after doing push-up exercise. *BMC Ophthalmol*, 2014;14:98.
25. Landau D, Seelenfreund MH, Tadmor O *et al.* The effect of normal childbirth on eyes with abnormalities predisposing to rhegmatogenous retinal detachment. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 1995;233:598-600.
26. Neri A, Grausbord R, Kremer I, *et al.* (1985) The management of labor in high myopic patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 19:277-279.
27. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ *et al.* Pre-eclampsia. *Lancet*, 2010;376:631-644.
28. Roos NM, Wiegman MJ, Jansonius NM *et al.* Visual disturbances in(pre)eclampsia. *Obstet Gynecol Surv*, 2012:242-250.
29. Gass JDM. Central serous chorioretinopathy and white subretinal exsudation during pregnancy. *Arch Ohthalmol*, 1991;109:677-681.
30. Kishi S, Tso MO, Hayreh SS. Fundus lesions in malignant hypertension. I. A pathologic study of experimental hypertensive cho- roidopathy. *Arch Ophthalmol*, 1985;103:1189-1197.
31. Décollements de rétine par G. Caputo, F. Metge-Galatoire, C. Arndt, J. Conrath (Paris) – Société Française d'Ophtalmologie, 2011.
32. Ripandelli G, Rossi T, Cacciamani A *et al.* Laser prophylactic treatment of the fellow eye in giant retinal tears: Long-Term Follow-up. *Retina*, 2016;36:962-966.
33. Ang GS, Townend J, Lois N. Interventions for prevention of giant retinal tear in the fellow eye. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012;2:CD006909.
34. Jünemann AG, Sterk N, Rejdak R. Influence of mode of delivery on pre-existingeye diseases. *Ophthalmologe*, 2012;109:229-234.


Les auteures ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.