

Myopie, grossesse et accouchement : mythe ou réalité ??

S. ABBAS, N. GHEMRI;
Service d'Ophtalmologie, CHU Issad Hassani,
Beni Messous, Alger.



Résumé

La myopie forte est une maladie dégénérative et évolutive, souvent sujet de désaccord entre obstétriciens et ophtalmologues, la grossesse sur ce terrain est associée à un certain nombre d'idées reçues que nous discuterons au cours de cette revue de littérature, en particulier celle associée à l'accouchement. Trois problèmes principaux seront discutés : le risque de décollement de rétine associé à la grossesse et à l'accouchement, la progression ou non de la myopie au cours de la grossesse, le risque d'hémorragie oculaire et de trou maculaire inhérent au travail.

>>> Mots-clés :

Myopie, grossesse, accouchement.

Abstract

High myopia is a progressive and degenerative disease, that may often cause inconvenience between obstetricians and ophthalmologists, pregnancy added to this background is associated with a certain number of stereotypes that we will discuss during this literature review, especially that associated with childbirth. Three main problems will be discussed: the risk of retinal detachment associated with pregnancy and delivery, the progression or not of myopia during pregnancy, the risk of ocular hemorrhage and macular hole inherent in labor.

>>> Keywords :

Myopia, pregnancy, delivery.

Introduction

D'après l'étude menée par Mohammadi et al. ^[1] en 2016, il ressort que la pratique de césarienne pour une maladie oculaire en Iran est la première cause de césarienne pour cause non obstétricale, ils affirment qu'elle est la deuxième cause en Pologne. Ceci prouve que ce mythe est encore ancré dans les mentalités.

Risque de décollement de rétine associé à l'effort de l'accouchement

Nos confrères gynécologues-obstétriciens nous sollicitent fréquemment concernant le risque lié à l'accouchement par voie basse chez des patientes myopes fortes. Nous sommes donc souvent amenés et notamment dans le cadre de notre activité d'urgence, à dispenser des conseils sur les précautions à prendre lors de l'accouchement.

Par le passé, beaucoup pensaient que les efforts d'accouchement augmentaient la pression intraoculaire (PIO), à l'origine de modifications mécaniques au niveau de l'interface vitréo-maculaire prédisposant aux décollements de rétine.

Afin de réduire ce risque, un accouchement par césarienne ou voie basse instrumentale était donc systématiquement proposé. Dans une étude menée par Neri et al. ^[2] en 1985, sur 50 parturientes dont le degré de myopie variait entre -4.5 et -15 dioptries, il a été démontré qu'en dépit de la présence de lésions prédisposantes au décollement rétinien, lasérisées ou non, aucune modification de ces dernières n'avait été observée 2 et 14 jours après un accouchement par voie basse. La conclusion était de laisser accoucher spontanément les patientes présentant une myopie forte. Il semble que l'élévation de la pression intra-oculaire s'applique de façon égale dans toutes les directions et ne provoque pas de rétraction du vitré, de ce fait, pas de traction sur la rétine. L'accouchement par voie basse est donc autorisé.

En 1995, Landau et al. ^[3] confirment l'absence de contre-indication à un accouchement par voie basse chez les patientes myopes fortes quel que soit le degré de myopie et en cas d'antécédent de décollement de rétine. Ils recommandent également une abstention au traitement prophylactique des

déhiscences périphériques asymptomatiques.

Une étude iranienne ^[1] conduite auprès de gynécologues-obstétriciens en 2016 par Mohammadi et al., montre que seuls 6 % des gynécologues obstétriciens recommandent un accouchement par voie basse en cas de myopie forte (contre 70 % des ophtalmologistes). Notre rôle consiste donc à rassurer les patientes et informer nos collègues obstétriciens de l'absence de contre-indication à un accouchement par voie basse.

Malgré toutes ces études, il n'y a toujours pas de consensus. Les différentes sociétés savantes restent très vagues à ce sujet, en indiquant uniquement la nécessité d'un avis spécialisé en cas de myopie grave. Certaines n'écarteront pas le fait qu'il est possible d'avoir recours à des extractions instrumentales en cas de myopie forte. Un travail dans ce sens pourrait impacter l'activité des professionnels de santé dans ce domaine et éviterait des indications abusives d'accouchement non naturel pour des causes ophtalmologiques.

Il est à noter également, que si les études tendent toutes à confirmer qu'il n'y a pas de contre-indication à un accouchement par voie basse, les articles de livres et revues ont tendance à être moins catégoriques et laissent toujours planer un doute sans pour autant faire d'affirmations formelles. C'est le cas notamment des articles de Brémond-Gignac et al. ^[4], Gotovac et al. ^[5], Cohen ^[6], Zejmo et al. ^[7], qui rapportent qu'il y a un risque de décollement de rétine (DR), sans pour autant préconiser une césarienne.

De ce fait, la question persiste et les études désirant abroger ce mythe augmentent. Les sociétés savantes continuent de recommander d'abréger les efforts expulsifs au risque de décollement rétinien.

Risque d'hémorragie oculaire et de trou maculaire

Si les différents articles conduisaient à remarquer que le décollement de rétine suite à l'accouchement par voie basse serait un événement anecdotique, basé sur des idées reçues, il est décrit tout de même certaines complications oculaires liées à l'accouchement.

D'après Cloché et al. ^[8], Cohen ^[6] et Brémond-Gignac et al. ^[4], les complications oculaires attendues suite à un accouchement étaient plutôt des hémorragies rétinio-vitréennes ou sous-rétiennes, encore appelées hémorragie de Valsalva et la chorio-rétinite séreuse centrale. Cloché et al. ^[8] évoquaient également dans son article le trou maculaire (TM).

Jacobson et al. ^[9] indiquaient que les hématomes oculaires étaient la conséquence d'une augmentation de la pression vasculaire au niveau de l'œil. Ces pressions étaient nettement retrouvées lors de la manœuvre de Valsalva, notamment lors des efforts expulsifs. De surcroît, ils énonçaient que lors du travail, les contractions utérines à elles seules provoquaient une pression estimée aux alentours de 40 à 50 mmHg. Cette pression était directement transmise aux veines oculaires. La pression artérielle lors de l'accouchement était donc d'autant

plus forte par l'association de la pression des contractions utérines avec les efforts de Valsalva. Dans cette étude, l'hématome de ces patientes myopes en post-partum avait disparu spontanément au bout de deux semaines environ.

Cependant, même si les hémorragies oculo-orbitaires peuvent provoquer des symptômes tels que la baisse d'acuité visuelle, une diplopie, une exophtalmie ou des douleurs oculaires, il est important de ne pas les rattacher directement à une cause ophtalmologique qui doit être le diagnostic différentiel d'une éventuelle complication neurologique urgente, notamment la prééclampsie. Concernant le TM, Cloché et al. ^[8] ont retrouvé dans leur étude une patiente qui a présenté une baisse de l'acuité visuelle après un mois du post-partum, qui s'est révélée être un trou maculaire bilatéral, dont l'étiopathogénie a été rattachée à une dilatation veineuse secondaire à la manœuvre de Valsalva engendrée par les efforts expulsifs.

La conclusion de cet article de Cloché et al. ^[8] était que l'apparition d'un TM en post-partum était un phénomène assez fréquent, mais plutôt unilatéral, guérissant spontanément et n'incitait pas les patientes à consulter. Il y avait donc une sous-estimation de ce phénomène en post-partum et l'auteur précisait qu'il serait intéressant d'effectuer un dépistage systématique après l'accouchement, notamment chez les patientes myopes afin d'en mesurer l'incidence plus précisément.

Risque de progression de la myopie au cours de la grossesse

Pizzarello et al. ^[10] ont montré qu'il existe une myopisation d'environ 1 dioptrie en moyenne au cours de la grossesse qui régresse complètement après l'accouchement.

Cette myopisation serait liée à une rétention liquidienne accrue au niveau de la cornée pendant la gestation modifiant son épaisseur, sa courbure et ainsi son index réfractif. Les hormones de la grossesse notamment les œstrogènes et la progestérone augmentent également la perméabilité du cristallin à l'eau, influant également sur son index réfractif.

Gotovac et al. ^[5] ont également stipulé que la grossesse causait des changements au niveau de la réfraction dus aux modifications hormonales. Ces changements étaient susceptibles de persister après l'accouchement et pendant l'allaitement. De plus, les auteurs A. Angles ^[11] et Cohen ^[6] affirmaient que les modifications de la réfraction pendant la grossesse débutaient vers 31 SA et disparaissaient dans les semaines du post-partum (vers 6 semaines).

Etat de connaissance des obstétriciens et ophtalmologues

L'étude réalisée par Mohammadi et al. ^[1] en 2016 en Iran, avait pour but d'interroger indépendamment les ophtalmologues et les gynécologues concernant le mode d'accouchement ou l'éventuel recours à un avortement médical lors de certaines pathologies oculaires. Concernant la myopie forte et le décollement de rétine, 0,6 % des gynécologues versus

73 % d'ophtalmologistes recommandaient un accouchement par voie basse.

En 2015, Chiu et al. [12] ont enquêté avec des ophtalmologues et obstétriciens, sur le mode d'accouchement préconisé en cas de myopie forte. Ils ont également questionné les obstétriciens sur la situation dans laquelle ils se référaient à un ophtalmologue. Par ailleurs, les ophtalmologues ont été interrogés sur les éventuels cas de DR suite à un accouchement et leurs étiologies. Les résultats détaillés figurent en Annexe I :

- Concernant l'antécédent de déchirure rétinienne, 34 % des obstétriciens recommandaient un accouchement par césarienne ou par extraction instrumentale contre 4 % des ophtalmologues, qui recommandent dans 58 % des cas un accouchement par voie basse spontanée.

- Concernant l'antécédent de décollement de rétine, 57 % des obstétriciens recommandaient un accouchement par césarienne ou par extraction instrumentale contre 4 % des ophtalmologues, ces derniers étaient de 68 % à recommander un accouchement par voie basse spontanée.

- Cinquante pour cent (50 %) des obstétriciens ne savaient pas quand ils devaient se référer à un ophtalmologue en présence d'un antécédent de myopie forte, d'une déchirure ou d'un DR.

- Parmi les 197 professionnels, 12 ont affirmé avoir déjà eu un cas de DR. La raison évoquée était pour 6 d'entre eux à la suite d'une pré-éclampsie sévère, soit un décollement séreux non rhégmato-gène de la rétine qui se résorbe en général spontanément en post partum, 5 pour une cause inconnue et 1 à la suite d'une deuxième partie de travail trop long.

Annexe I : Résultats de l'étude de Chiu et al.

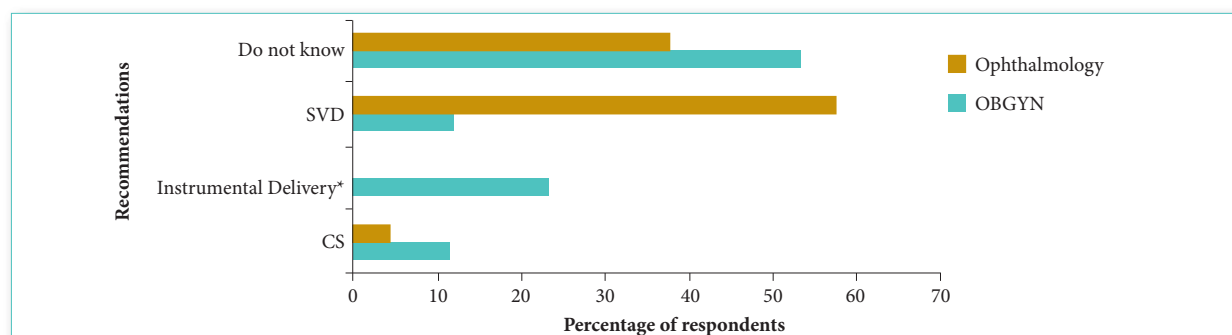


Figure 1 : Respondents' delivery recommendations for a healthy pregnant woman with previously treated retinal holes/tears. *Instrumental delivery represents forceps or vacuum delivery. CS, cesarean section; OBGYN, obstetrician/gynecologist; SVD, spontaneous vaginal delivery.

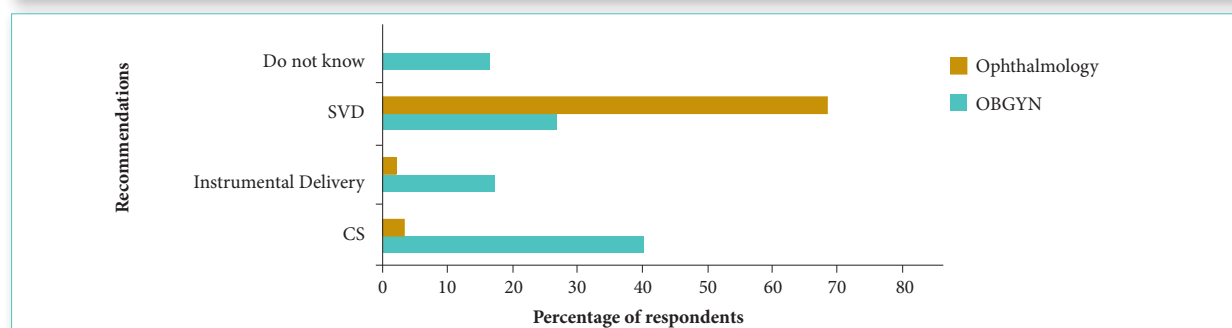


Figure 2 : Respondents' delivery recommendations for a healthy pregnant woman with previously treated retinal detachment. CS, cesarean section; OBGYN, obstetrician/gynecologist; SVD, spontaneous vaginal delivery.

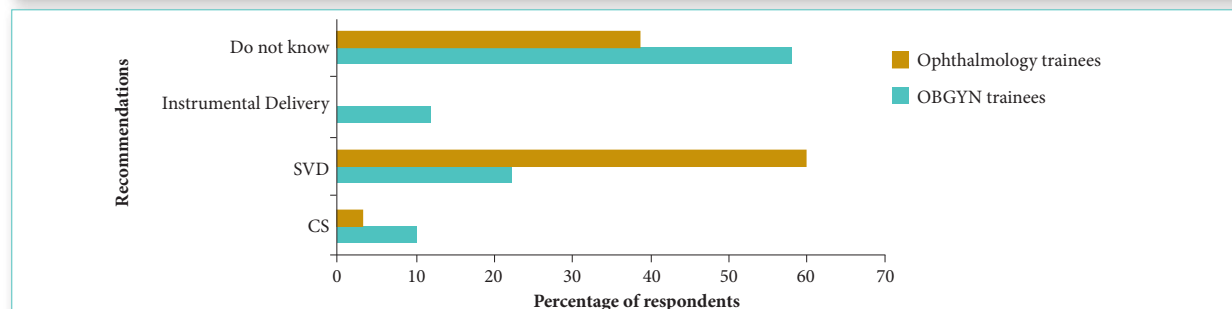
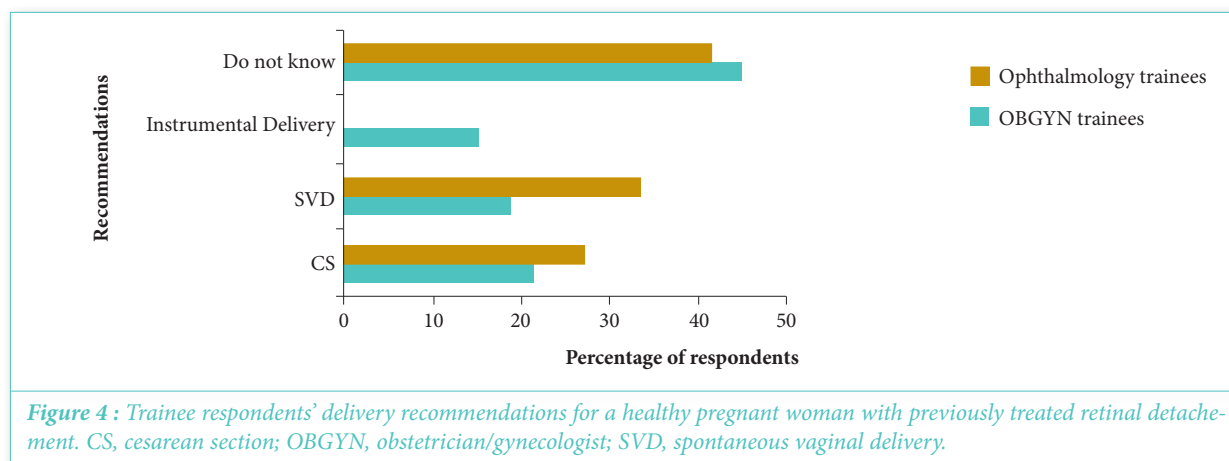


Figure 3 : Trainee respondents' delivery recommendations for a healthy pregnant woman with previously treated retinal holes/tears. CS, cesarean section; OBGYN, obstetrician/gynecologist; SVD, spontaneous vaginal delivery.



Conclusion

Le risque de Décollement Rétinien (DR) pendant l'accouchement de patientes myopes est souvent mis en avant, conduisant à limiter les efforts expulsifs de ces patientes par l'utilisation d'extractions instrumentales ou de césariennes. L'objectif de cette revue de littérature était de déterminer si ce risque existait effectivement lors des efforts expulsifs (manœuvre de Valsalva) pour les patientes myopes et si leur degré de myopie influençait ce risque.

La conclusion de ce travail est que les patientes myopes peuvent accoucher par voie basse spontanée comme toute autre patiente, quel que soit le degré de myopie. Cette dernière ne doit pas intervenir quant à la prise en charge de l'accouchement. Il n'y a pas de surrisque de DR lors des manœuvres de Valsalva d'une patiente atteinte de myopie quel que soit son degré. Le risque principal évoqué est l'hémorragie de Valsalva dont l'évolution est favorable.

Les études réalisées auprès des professionnels de santé montrent que ce constat est globalement méconnu des obstétriciens, qui estiment nécessaire de limiter les efforts expulsifs pour ces patientes. Les ophtalmologues semblent mieux informés du fait de leur spécialité.

En ce qui concerne le suivi de grossesse, cette revue montre qu'il est important de consulter un ophtalmologue en cas de myopie forte. Il faut sensibiliser les patientes aux symptômes devant conduire à consulter, pouvant faire évoquer un déchirement ou un décollement de la rétine. Ces symptômes sont l'apparition de phosphènes, de myodésopsies, une amputation du champ visuel, ou une baisse de l'acuité visuelle.

Toute modification oculaire chez une femme enceinte doit en premier lieu faire rechercher une pathologie neurologique hypertensive telle que la prééclampsie avant l'examen ophtalmologique.

Il en ressort donc que le mythe du surrisque de décollement de rétine chez les patientes myopes fortes est faux et que les recommandations à suivre sur le plan ophtalmologique

chez ces patientes sont :

- Consulter systématiquement le médecin traitant dès le début de la grossesse (l'obstétricien doit avoir le réflexe d'orienter la patiente), qui décidera du rythme de suivi et de la nécessité d'un traitement prophylactique ou pas.
- Surveillance pré et post accouchement.

Date de soumission

25 juillet 2022.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.

Références

1. Sayed-Farzad Mohammadi, Mojgan Letafat-Nejad, Elham Ashrafi, Hanieh Delshad-Aghdam. A survey of ophthalmologists and gynecologists regarding termination of pregnancy and choice of delivery mode in the presence of eye diseases. *J Curr Ophthalmol*. 2016; 17.
2. A. Neri, R. Grausbord, I. Kremer, J. Ovidia and G. Treister. The management of labor in high myopic patient. *Eur J Obstet Gynec Reprod Biol*. 1985; 19: 277-9.
3. David Landau, Morton H. Seelenfreund, Ofer Tadmor, Ben-Zion Silverstone, Yoram Diamant. The effect of normal childbirth on eyes with abnormalities predisposing to rhegmatogenous retinal detachment. *Obstet Gynecol Dep Shaare Zedek Med Cent*. (233): 598-600.
4. D. Brémond-Gignac, H. Copin, R. Goubet-Cabry, P. Merviel, D. Luton, S. Milazzo. Oeil et grossesse. *EMC- Obstétrique Gynécologie*. avr 2012; 7 (2).
5. Marta Gotovac, Snjezana Kastelan and Adrian Lukenda. Eye and Pregnancy. *Coll Antropol*. 2013; 37(1): 189-93.
6. Salomon Yves Cohen. Oeil et grossesse. *Gynécologie/obstétrique*. 1998; (7).
7. Maria Żejmo, Maria Formińska-Kapusić, Ewa Pieczara, Erita Filipiek. Etiopathogenesis and management of high myopia Part II. *Med Sci Monit*. 2009; 15(11): 252-5.
8. V. Cloché, J-C Sablon, J-P Berrod. Trou maculaire bilatéral découvert en postpartum. *J Fr Ophtalmol Dép Ophtalmol CHU Nancy*. 2013; (36): 11-4.
9. Daniel M. Jacobson, M.D., Kamel Itani, M.D., Kathleen B. Digre, M.D., Karl C. Ossoinig, M.D., and Michael W. Varner, M.D. Maternal Orbital Hematoma Associated With Labor. *Am J Ophthalmol*. mai 1988; (105): 547-53.
10. Louis D. Pizzarello. Refractive changes in pregnancy. *Graefes Arch Clin Exp Ophtalmol*. 2003; (241): 484-8.
11. A. Angles. Grossesse et myopie : évolution d'une pathologie ophtalmique fréquente au cours de la grossesse. *Rev Sage-Femme*. 2006; (5): 18-22.
12. Hannah Chiu, MD, Donna Steele, MD, FRCS, Chryssa McAlister, MD, FRCS, Wai-Ching Lam, MD, FRCS. Delivery recommendations for pregnant females with risk factors for rhegmatogenous retinal detachment. *CAN J OPHTHALMOL*. févr 2015; 50 (1): 11-8.