

Grille d'Amsler

Romain Lezé



Test de dépistage publié en 1947 par le Dr Marc Amsler [1] et connu du grand public grâce aux campagnes publicitaires, cet examen est devenu la référence pour la détection du syndrome maculaire chez les patients atteints de maculopathie liée à l'âge. Ce syndrome est caractérisé par une baisse d'acuité visuelle ou un/des scotome(s) et/ou des métamorphopsies.

Quels sont les points positifs de ce test ?

La grille d'Amsler originale est composée de petits carrés à bords noirs avec en son centre un point noir servant pour la fixation du patient. Utilisée pour tester les 10° centraux du champ visuel, l'examen se réalise avec la correction optique en vision de près et en monoculaire pour une distance théorique de 30 cm.

Excluant la tache aveugle qui elle se projette en temporal autour des 15° centraux, la grille doit théoriquement être observée sans altérations des petits carrés, sans baisse de sensibilité d'une partie de la grille et sans disparition du point noir de fixation.

Grâce à ces caractéristiques, la grille d'Amsler a son importance dans le dépistage et suivi des patients DMLA [2]. Cette pathologie conduit à un syndrome maculaire, dont le patient pourra objectiver l'apparition d'ondulations/distorsions/scotomes relatifs... et la régression ou disparition de ces signes fonctionnels après traitement.

Depuis l'arrivée de molécules anti-angiogéniques et le retour de nombreuses études [3,4], l'importance de la détection et d'un traitement précoce (dans les 10 jours selon les recommandations de l'HAS) des DMLA néovasculaires permet aux patients une meilleure récupération visuelle.

Grâce notamment aux études AREDS, il devient facile de cibler à quel patient conseiller l'utilisation de ce test (tableau I).

Il ne faut pas oublier que cette grille a aussi un intérêt dans le suivi de certaines DMLA néovasculaires précédemment traitées et d'aspect stable. Après explications et vérifications de la compréhension du test par le patient, cet examen peut inciter un patient à avancer son rendez-vous chez son ophtalmologiste afin de déterminer si l'aspect changeant de la grille d'Amsler est bien en rapport avec une récurrence néovasculaire.

Une concordance entre la grille et une éventuelle atteinte rétinienne permet de mieux guider son examen OCT, sans oublier que ce qui est perçu par le patient est inversé par rapport à son fond d'œil. Ainsi, si un scotome est retrouvé en temporal du point de fixation, une analyse fine de la partie nasale de la rétine est à réaliser.

Orthoptiste. Centre d'exploration de la vision, Rueil-Malmaison. Centre Explore Vision, Paris. Fondation A. de Rothschild, Paris.

Tableau I. Classification simplifiée de l'AREDS (Age-Related Eye Disease Study) permettant un ciblage plus précis des patients à risque de développer une néovascularisation.

Catégorie 1	Pas de DMLA : aucun ou quelques petits drusens de diamètre < 63 µm.
Catégorie 2 : maculopathie liée à l'âge (MLA)	Un ou plusieurs des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • multiples petits drusens, • quelques drusens de diamètre > 63 et < 125 µm, • ou anomalies de l'épithélium pigmentaire.
Catégorie 3 : DMLA modérée	Un ou plusieurs des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • multiples drusens de diamètre > 63 et < 125 µm et au moins 1 drusen > 125 µm, • ou atrophie géographique excluant la fovéa.
Catégorie 4 : DMLA avancée	Atrophie géographique touchant la fovéa et/ou la présence d'une DMLA exsudative.

L'aspect économique est également un point positif de ce test.

Quels sont les points négatifs de ce test ?

Tout d'abord, cet examen ne permet pas de cibler une altération rétinienne stricte, ainsi une altération du nerf optique ou des voies visuelles peut engendrer un scotome central. Un autre trouble de la vision peut lui aussi entraîner des déformations, un flou (cataracte, trouble réfractif...). De même, des difficultés en cas d'acuité visuelle trop basse, ou de compréhension limitée sont retrouvées.

Le phénomène de complétion, c'est-à-dire la tendance à apercevoir un objet/dessin incomplet comme étant entier conduit aussi à un nombre de faux négatifs importants.

Ce phénomène est d'autant plus présent que la cible de fixation (le point central noir) est une mire peu structurée, et qu'aucun contrôle de la fixation n'est objectivé.

D'autre part, l'aspect analytique de la grille est pauvre. Ainsi un scotome peut correspondre aussi bien à une zone d'atrophie, qu'à une hémorragie due à un néovaisseau ; des métamorphopsies peuvent être induites aussi bien par une membrane épirétinienne qu'à un décollement séreux rétinien...

Une analyse quantitative de la sensibilité rétinienne est également peu significative comparée à ce que la micropérimétrie peut apporter.

Mise au point

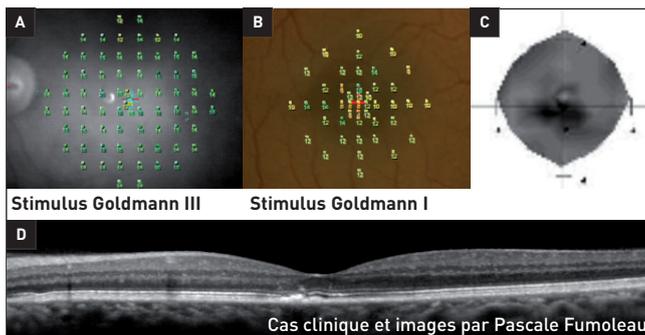


Figure. A. Stimulations aux MP-1 Nidek en Goldman III avec pattern espacé sans anomalie constatée avec ajout manuel de stimulations para-centrales sur zone suspectée pathologique. B. Rétinophotographie du même patient avec recherche plus centrale et approfondie (pattern plus dense) avec stimulations au Goldman I sur cette zone, des valeurs pathologiques sont alors retrouvées. À noter, que la cible de fixation (croix rouge) est plus structurée que le point noir de la grille d'Amsler. C. Représentation par dégradé de gris du scotome para-central inférieur ressenti par le patient. D. L'OCT B-scan met en évidence une atteinte de la rétine externe para-centrale.

Conclusion

Examen peu onéreux, rapide, ne nécessitant pas d'appareillage particulier. Il peut être réalisé à domicile par le patient et trouve sa place pour le dépistage précoce d'une anomalie visuelle, mais également dans l'auto-surveillance des patients en cours de traitement. Il ne faut cependant pas méconnaître les limites de ce test, notamment le phénomène de complétion perceptive, ce test ne pouvant donc en aucun cas se substituer à un examen ophtalmologique régulier.

Références bibliographiques

- [1] Amsler M. L'examen clinique de la fonction maculaire et paramaculaire. *Schweiz Med Wochenschr.* 1947;77(32):858, Discussion. [2] Amsler M. Earliest symptoms of diseases of the macula. *Br J Ophthalmol.* 1953; 37(9):521-37. [3] Eldaly MA, Styles C. First versus second eye intravitreal ranibizumab therapy for wet AMD. *Retina.* 2009;29(3):325-8. [4] Muether PS, Hermann MM, Koch K, Fauser S. Delay between medical indication to anti-VEGF treatment in age-related macular degeneration can result in a loss of visual acuity. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2011;249(5):633-7.