



Anastomose de Martin-Gruber

■ F.C. Wang*

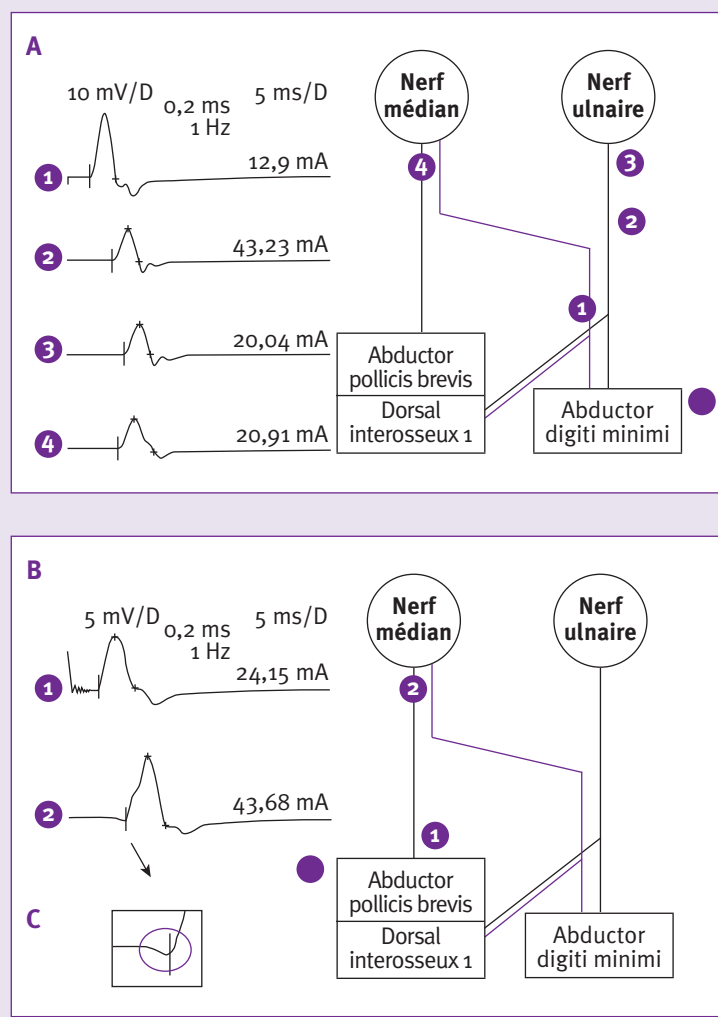


Figure 1. A. Détection : enregistrement de surface du potentiel d'action musculaire global (PAMG) sur le muscle abductor digiti minimi (électrode bleue). Stimulation : nerf ulnaire au poignet (1), sous (2) et au-dessus (3) du coude, nerf médian au coude (4). La somme des amplitudes des réponses 4 (6,1 mV) et 2 (6,3 mV) ou 3 (6,1 mV) équivaut à la réponse 1 (12,7 mV).

B. Détection : enregistrement de surface du PAMG sur le muscle abductor pollicis brevis (APB) [électrode bleue]. Stimulation : nerf médian au poignet (1) et au coude (2). Lors de la stimulation au coude, la taille de la réponse motrice est supérieure (7,1 mV) à celle de la réponse évoquée au poignet (6,0 mV) et la morphologie des deux réponses est distincte.

C. L'existence d'une déflexion positive initiale lors de la stimulation du nerf médian au coude avec détection sur l'APB suggère un syndrome du canal carpien associé à l'anastomose. En effet, dans ce cas, l'activation de l'APB est retardée par rapport à l'activation des muscles du territoire ulnaire innervés par l'anastomose et captée en champ lointain.

L'anastomose de Martin-Gruber correspond au passage, à l'avant-bras, de fibres nerveuses motrices du nerf médian au nerf ulnaire. Ce type d'anastomose est fréquent (de 11 à 39% selon les auteurs) et il en existe plusieurs variétés selon l'origine de l'anastomose (tronc commun du nerf médian ou nerf interosseux antérieur), le nombre de branches nerveuses qui la

constituent (une à trois) et le territoire musculaire ulnaire auquel elle se distribue majoritairement (muscles hypothénariens, thénariens, interosseux ou lombricaux). Lors d'une exploration électroneuromyographique, il importe de ne pas prendre cette variante anatomique pour un bloc de conduction du nerf ulnaire à l'avant-bras ou au coude (figure 1A).

* Service de médecine physique, CHU de Liège.