

Conflit antéro-supérieur de l'épaule : le test de Hawkins

La prise en charge des pathologies de l'épaule représente une part importante de l'activité du masseur-kinésithérapeute. Parmi celles-ci, on retrouve fréquemment des lésions de la coiffe des rotateurs que l'on devra prendre en charge soit en amont d'une intervention, soit en postopératoire. Dans le domaine sportif, cette prise en charge s'effectue régulièrement à titre préventif, après analyse du bilan et mise en relation de la spécificité du geste.

Le praticien possède alors dans son arsenal de connaissances un certain nombre de tests lui permettant d'orienter son diagnostic. Cependant, tous ces tests ne possèdent pas forcément la même pertinence. Certains d'entre eux permettent d'éliminer une pathologie alors que d'autres permettent de valider l'existence de celle-ci. Ce sont les notions de spécificité et de sensibilité.

Notion de spécificité

La spécificité d'un test diagnostique indique simplement la possibilité de détecter les patients qui n'ont pas la pathologie indiquée par la référence standard. Il en résulte qu'un test ayant une spécificité élevée et un résultat positif est un bon test pour confirmer la pathologie mesurée.

Notion de sensibilité

La sensibilité d'un test diagnostique montre la possibilité de ce test à détecter les patients porteurs de la pathologie, révélés par la référence standard. Il en résulte qu'un test ayant une sensibilité élevée et un résultat négatif est un bon test pour exclure la pathologie mesurée.

Le test de Hawkins

Il permet d'orienter vers un syndrome de la coiffe des rotateurs par conflit antéro-supérieur ou

antéro-médial. Ce test possède une excellente sensibilité (0,92) ce qui permet d'écarter la pathologie de manière importante dans le cas d'un test négatif.

La spécificité, quant à elle, est relativement basse (0,25), ne permettant pas d'affirmer l'existence de la pathologie de manière marquée [1].



Le test de Hawkins possède une excellente sensibilité, ce qui permet d'écarter la pathologie de manière importante dans le cas d'un test négatif"

Rappel anatomique

La coiffe des rotateurs est composée d'avant en arrière des muscles subscapulaire, supra-épineux, infra-épineux, petit rond (*teres minor*).

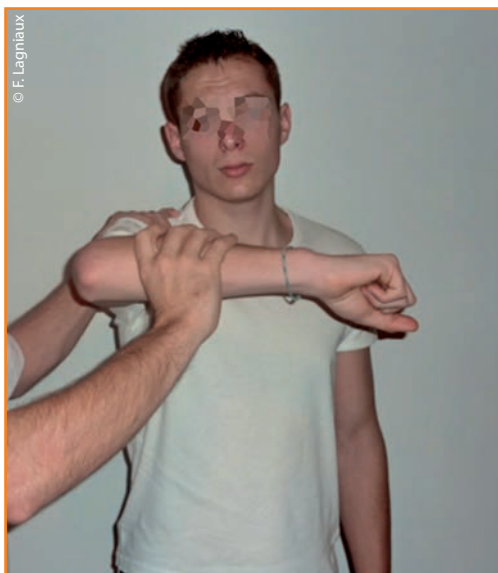
Le conflit antéro-médial reste relativement rare. Il correspond à un conflit entre la coracoïde et l'intervalle des rotateurs (l'intervalle des rotateurs est un espace anatomique triangulaire compris entre le bord supérieur du tendon subscapulaire en bas et le bord antérieur du tendon supra-épineux en haut).

La base de ce triangle est constituée par le processus coracoïde médialement. Son sommet correspond latéralement au ligament huméral transverse [2]. Pour Dumontier *et al.* [3], ce conflit se situe à la limite des instabilités antéro-supérieures de l'épaule.

Ces conflits sont régulièrement retrouvés dans les sports d'armé (hand-ball, volley-ball, tennis) ou dans les sports impliquant une amplitude importante associée à une haute vélocité (natation, gymnastique).

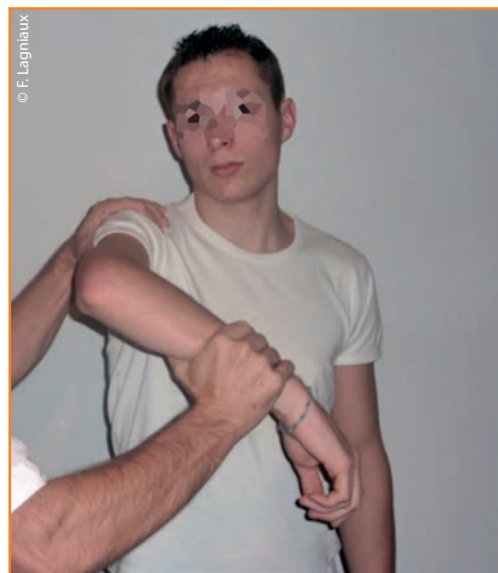
Franck LAGNIAUX

Kinésithérapeute
M2SDE
Membre de la SFMKS
Pierrefitte (93)



► Figure 1

Position de départ
Le bras est placé en élévation antérieure à 90°, flexion du coude à 90°, rotation neutre



► Figure 2

Position finale
Le bras est amené en rotation médiale

■ La manœuvre

La recherche de signe de conflit se fait en passif au cours de manœuvres dont le principe est de coincer les tendons sous la voûte acromiale [4].

La manœuvre amène le tubercule majeur sous le ligament coraco-acromial et le tubercule mineur contre l'apophyse coracoïde.

L'examineur se place latéralement au patient, du côté de l'épaule à tester.

Le bras du patient est positionné passivement en élévation antérieure à 90°, coude fléchi à 90° et avant-bras à l'horizontale (fig. 1).

L'examineur amène le bras en rotation médiale (fig. 2).

Le test sera considéré comme positif lorsqu'il reproduira les douleurs antérieures dont se plaint le patient. ✘



RÉFÉRENCES

- [1] Cleland J. *Examen clinique de l'appareil locomoteur*. Paris : Éditions Masson, 2007 : 408.
- [2] Le Coroller T et coll. L'intervalle des rotateurs : des lésions cachées ? *Journal de Radiologie* Novembre 2007;Vol. 88;11-C1:1669-77.
- [3] Dumontier C, Sautet A, Gagey O. Rotator interval lesions and their relationship to coracoid impingement syndrome. *J Shoulder Elbow Surg* 1999;8:130-5.
- [4] Saillant G, Rodineau J, Mansat C. *Les lésions chroniques du sport*. Toulouse : Éditions Privat, 2001 : 40.