

jurismedx

Classification de Rockwood

Les lésions de l'articulation acromio-claviculaire



Laurence Petoud – Référente juridique
CAS Droits des patients & santé publique
www.jurismedx.ch – laurence@jurismedx.ch

"Ce document est protégé par copyright. Son contenu est issu d'un travail original et ne peut être utilisé sans autorisation."



Introduction générale

La fiche pratique jurismedx est conçue comme un **outil méthodologique clair et opérationnel**. Elle permet de transformer une situation concrète en un raisonnement juridique structuré, étape par étape.

Chaque fiche suit une logique identique : **énoncé, questions, analyse, règles de droit et solution**. Ce format facilite l'apprentissage, sécurise la démarche à l'examen et développe des réflexes utiles pour la pratique professionnelle.

Pensée comme un **guide visuel et synthétique**, elle vous accompagne aussi bien dans vos révisions que dans vos premières expériences de terrain.

Ressources utiles

- Carte mentale
- Flash cards
- QCM
- Cas pratiques

Conclusion générale

La fiche pratique ne se limite pas à donner une réponse : elle vous apprend surtout à raisonner en juriste.

En vous exerçant avec ces modèles, vous construisez une méthode fiable pour analyser des faits, identifier les règles pertinentes et formuler une solution argumentée.

Chaque cas devient ainsi une occasion de progresser, d'affiner vos réflexes juridiques et de consolider vos connaissances.

La fiche est donc **un levier d'autonomie** et de confiance, que ce soit pour réussir vos examens ou pour affronter la pratique professionnelle avec assurance.



I. L'essentiel en une phrase

La classification de Rockwood décrit les lésions de l'articulation acromio-claviculaire selon :

- L'atteinte des ligaments ;
- L'importance du déplacement ;
- La direction prise par l'extrémité latérale de la clavicule ;
- L'atteinte éventuelle de la chape musculaire delto-trapézienne.

Elle distingue **six types, de I à VI**.

Que classe-t-on exactement ?

La classification de Rockwood ne classe pas une fracture de l'épaule.

Elle classe une **entorse, une disjonction ou une luxation acromio-claviculaire**, c'est-à-dire une lésion de l'articulation située entre :

- L'extrémité latérale de la clavicule ;
- L'acromion de l'omoplate.

Selon la violence du traumatisme, les ligaments peuvent être simplement étirés, partiellement lésés ou complètement rompus. La clavicule peut alors se déplacer vers le haut, vers l'arrière ou, beaucoup plus rarement, vers le bas.

II. Les structures à connaître

a) Articulation acromio-claviculaire

Petite articulation située au sommet de l'épaule entre la clavicule et l'acromion.

Elle participe aux mouvements coordonnés de la clavicule, de l'omoplate et du bras.

b) Ligaments acromio-claviculaires — AC

Ils entourent et stabilisent directement l'articulation acromio-claviculaire.

Ils contribuent notamment à limiter les déplacements horizontaux entre la clavicule et l'acromion.

c) Ligaments coraco-claviculaires — CC

Ils relient la clavicule au processus coracoïde de l'omoplate.

Ils comprennent principalement :

- Le ligament trapézoïde ;
- Le ligament conoïde.

Ils contribuent fortement à la stabilité verticale de l'articulation.

d) Chape delto-trapézienne

Enveloppe formée par les insertions du deltoïde et du trapèze autour de la clavicule.

Dans les lésions sévères, cette enveloppe peut être décollée ou rompue.



III. Comment survient la lésion ?

Le mécanisme classique est un choc direct sur le sommet de l'épaule, souvent lors d'une chute avec le bras maintenu contre le corps.

L'acromion et l'omoplate sont poussés vers le bas tandis que la clavicule conserve davantage sa position. Les structures stabilisatrices peuvent alors céder progressivement :

1. Ligaments acromio-claviculaires ;
2. Ligaments coraco-claviculaires ;
3. Chape delto-trapézienne dans les lésions les plus importantes.

IV. Les six types

a) Rockwood I — Entorse sans rupture complète

Les ligaments acromio-claviculaires sont étirés, mais ne sont pas complètement rompus.

Les ligaments coraco-claviculaires restent intacts.

Il n'existe généralement pas de déplacement visible de la clavicule sur les radiographies standards.

Ce que cela signifie

- Douleur localisée ;
- Sensibilité de l'articulation ;
- Pas de déformation importante ;
- Stabilité globale conservée.

À retenir

Type I = ligaments irrités, articulation non déplacée.

b) Rockwood II — Rupture des ligaments AC

Les ligaments acromio-claviculaires sont rompus.

Les ligaments coraco-claviculaires restent continus, mais peuvent être étirés ou lésés sans rupture complète.

L'articulation peut être légèrement élargie et la clavicule discrètement surélevée.

L'augmentation de la distance coraco-claviculaire reste classiquement inférieure à 25 % par rapport au côté sain.

Ce que cela signifie

- Lésion plus importante qu'une simple entorse ;
- Légère instabilité possible ;
- Déformation parfois discrète ;
- Ligaments CC encore fonctionnels.

À retenir

Type II = ligaments AC rompus, ligaments CC encore continus.

Rockwood III — Rupture des ligaments AC et CC

Les ligaments acromio-claviculaires **et** coraco-claviculaires sont rompus.

La clavicule paraît déplacée vers le haut par rapport à l'acromion. En réalité, le poids du membre supérieur entraîne surtout l'omoplate et l'acromion vers le bas.

La distance coraco-claviculaire est augmentée d'environ **25 à 100 %** par rapport au côté opposé.



Ce que cela signifie

- Perte de la stabilité verticale normale ;
- Déformation souvent visible ;
- Extrémité latérale de la clavicule proéminente ;
- Atteinte ligamentaire complète.

À retenir

Type III = ligaments AC et CC rompus, déplacement supérieur modéré.

Actualisation utile : IIIA et IIIB

Une proposition de l'isakos distingue deux profils au sein du type III :

Type IIIA

Articulation considérée comme relativement stable sur le plan horizontal, sans chevauchement important de la clavicule lors du test d'adduction du bras et sans dysfonction scapulaire majeure.

Type IIIB

Instabilité horizontale plus importante, avec chevauchement de la clavicule et dysfonction scapulaire persistante malgré la prise en charge initiale.

Cette subdivision cherche à mieux différencier les types III qui n'ont pas tous le même comportement clinique. Elle ne remplace pas partout la classification classique.

Rockwood IV — Déplacement postérieur

Les ligaments AC et CC sont rompus.

L'extrémité latérale de la clavicule se déplace **vers l'arrière** et peut pénétrer dans le muscle trapèze ou sa fascia.

Ce déplacement postérieur peut être difficile à apprécier sur une radiographie de face ; une incidence axillaire est notamment utile pour l'identifier.

Ce que cela signifie

- Lésion complète des stabilisateurs ;
- Instabilité horizontale importante ;
- Clavicule déplacée en arrière ;
- Possible atteinte des tissus mous environnants.

À retenir

Type IV = la clavicule recule.

Rockwood V — Déplacement supérieur majeur

Le type V correspond à une forme beaucoup plus sévère de déplacement supérieur.

Les ligaments AC et CC sont rompus et la chape delto-trapézienne est largement décollée de la clavicule.

La distance coraco-claviculaire peut être augmentée de **100 à 300 %** par rapport au côté sain.



Ce que cela signifie

- Déplacement vertical très important ;
- Déformation généralement marquée ;
- Rupture ligamentaire complète ;
- Atteinte importante des attaches musculaires.

À retenir

Type V = la clavicule monte très haut et la chape delto-trapézienne est lésée.

Rockwood VI — Déplacement inférieur

L'extrémité latérale de la clavicule se déplace **vers le bas**.

Elle peut se retrouver :

- Sous l'acromion ;
- Ou sous le processus coracoïde.

Cette lésion est très rare et généralement associée à un traumatisme important. Une subdivision récente distingue parfois le type via sous-acromial du type vib sous-coracoïdien.

Ce que cela signifie

- Rupture complète des structures stabilisatrices ;
- Clavicule déplacée dans une direction inhabituelle ;
- Possibilité de lésions associées importantes ;
- Situation nécessitant une évaluation spécialisée.

À retenir

Type VI = la clavicule plonge vers le bas.

V. Tableau express

Type	Ligaments AC	Ligaments CC	Déplacement principal
I	Entorse	Intacts	Aucun
II	Rompus	Étirement ou lésion incomplète	Léger déplacement supérieur
III	Rompus	Rompus	Supérieur, 25 à 100 %
IV	Rompus	Rompus	Postérieur
V	Rompus	Rompus	Supérieur majeur, avec atteinte delto-trapézienne
VI	Rompus	Rompus	Inférieur, sous-acromial ou sous-coracoïdien



VI. Comment l'imagerie est-elle utilisée ?

Les radiographies constituent l'examen initial de référence.

Selon la situation, plusieurs incidences peuvent être réalisées :

- Radiographie de face ;
- Incidence de Zanca, centrée sur l'articulation AC ;
- Incidence axillaire pour rechercher un déplacement postérieur ;
- Comparaison avec le côté opposé afin de mesurer la distance coraco-claviculaire.

Les radiographies en charge, autrefois davantage utilisées, ne sont pas systématiquement recommandées, notamment parce qu'elles sont inconfortables et ne modifient pas toujours la prise en charge.

VII. Ce que la classification aide à comprendre

La classification de Rockwood permet de préciser :

- Les ligaments probablement atteints ;
- L'importance du déplacement ;
- La direction du déplacement ;
- La sévérité anatomique de la lésion ;
- L'atteinte éventuelle de la chape delto-trapézienne.

Elle fournit ainsi un langage commun pour décrire les disjonctions acromio-claviculaires.

VIII. Ce qu'elle ne dit pas à elle seule

La classification ne permet pas de déterminer automatiquement :

- L'intensité de la douleur ;
- La gêne fonctionnelle réelle ;
- La durée de l'incapacité de travail ;
- Le résultat esthétique futur ;
- La nécessité absolue d'une opération ;
- La technique chirurgicale ;
- Le délai de reprise du sport ;
- Le risque de douleur chronique.

Sa reproductibilité entre observateurs est imparfaite, notamment lorsqu'il faut distinguer certaines catégories sur les seules radiographies. Le grade radiologique ne correspond pas toujours directement à l'importance des symptômes.

IX. Et le traitement ?

De manière générale :

- Les types I et II sont habituellement pris en charge sans opération ;
- Les types IV à VI conduisent généralement à une évaluation chirurgicale ;
- Le type III reste le plus discuté.

Pour un type III, la décision dépend notamment :

- De la stabilité horizontale ;
- De la persistance des symptômes ;
- Des exigences professionnelles ;



- Des activités sportives ;
- Du fonctionnement de l'omoplate ;
- Des attentes de la personne.

La classification oriente donc la réflexion, mais ne remplace jamais l'évaluation individuelle.

X. Les mots du dossier

Entorse acromio-claviculaire

Lésion des ligaments de l'articulation AC sans déplacement majeur.

Disjonction acromio-claviculaire

Séparation anormale entre la clavicule et l'acromion à la suite d'une atteinte ligamentaire.

Luxation acromio-claviculaire

Perte plus complète des rapports normaux entre les deux surfaces articulaires.

Distance coraco-claviculaire

Distance mesurée entre la clavicule et le processus coracoïde.

Elle peut être comparée à celle du côté sain pour apprécier le déplacement vertical.

Déplacement supérieur

Position apparente de la clavicule au-dessus de l'acromion.

Déplacement postérieur

Déplacement de l'extrémité latérale de la clavicule vers l'arrière.

Instabilité verticale

Déplacement anormal de haut en bas lié principalement à l'atteinte des ligaments CC.

Instabilité horizontale

Déplacement anormal d'avant en arrière lié notamment à l'atteinte des structures AC.

Dyskinésie scapulaire

Mouvement ou positionnement anormal de l'omoplate lors des mouvements du bras.

Réduction

Remise en position anatomique ou aussi proche que possible de l'articulation.

Ligamentoplastie

Reconstruction ou remplacement d'un ligament lésé, souvent au moyen d'un greffon ou d'un dispositif de fixation.

XI. Le piège JurisMedX

Ce n'est pas forcément la clavicule qui "monte".

Lors du traumatisme, l'omoplate et l'acromion sont souvent entraînés vers le bas sous le poids du bras tandis que la clavicule reste relativement en place. Sur l'image, elle paraît alors plus haute.

XII. Deuxième piège JurisMedX

Un type III ne signifie pas automatiquement "il faut opérer".

C'est précisément la catégorie pour laquelle la stratégie dépend fortement de la stabilité, des symptômes, des contraintes professionnelles et du fonctionnement de l'épaule.



XIII. Troisième piège JurisMedX

Rockwood IV n'est pas simplement "plus haut" que Rockwood III.

Le chiffre IV décrit surtout une **direction différente** : la clavicule est déplacée vers l'arrière.

De même, le type VI ne constitue pas seulement un degré encore plus sévère du type V : la clavicule est déplacée vers le bas.

XIV. Mini-cas n° 1

Le rapport mentionne :

Entorse acromio-claviculaire Rockwood I.

c) Que peut-on comprendre ?

- Les ligaments AC ont été étirés ;
- Il n'existe pas de rupture ligamentaire complète ;
- Les ligaments CC sont intacts ;
- Aucun déplacement important n'est décrit.

Que ne faut-il pas conclure ?

- Que la personne n'aura aucune douleur ;
- Qu'elle peut reprendre immédiatement toutes ses activités ;
- Qu'aucun suivi n'est nécessaire.

XV. Mini-cas n° 2

Le compte rendu indique :

Disjonction acromio-claviculaire Rockwood III.

Que peut-on comprendre ?

- Les ligaments AC et CC sont rompus ;
- La clavicule paraît déplacée vers le haut ;
- La distance coraco-claviculaire est augmentée ;
- La lésion est complète sur le plan ligamentaire.

Que faut-il encore déterminer ?

- La stabilité horizontale ;
- L'existence d'une dyskinésie scapulaire ;
- Les symptômes persistants ;
- Les exigences professionnelles et sportives ;
- La stratégie retenue par l'équipe spécialisée.

XVI. Mini-cas n° 3

Le dossier mentionne :

Luxation acromio-claviculaire Rockwood IV.

Quelle information essentielle apporte le chiffre IV ?

La clavicule est déplacée **vers l'arrière**, dans ou à travers les tissus du trapèze.

Il ne s'agit donc pas seulement d'un déplacement vertical plus important qu'un type III.



XVII. Mini-cas n° 4

Le rapport opératoire mentionne :

Disjonction acromio-claviculaire Rockwood V avec décollement delto-trapézien.

Que peut-on comprendre ?

- Les ligaments AC et CC sont rompus ;
- Le déplacement vertical est majeur ;
- La chape formée par le deltoïde et le trapèze est également lésée ;
- L'articulation présente une instabilité importante.

À retenir

Rockwood classe la lésion selon les ligaments atteints et la direction du déplacement.

XVIII. Formule express JurisMedX

I : entorse

II : ligament AC rompu

III : AC + CC rompus, clavicule en haut

IV : la clavicule recule

V : elle monte très haut

VI : elle plonge