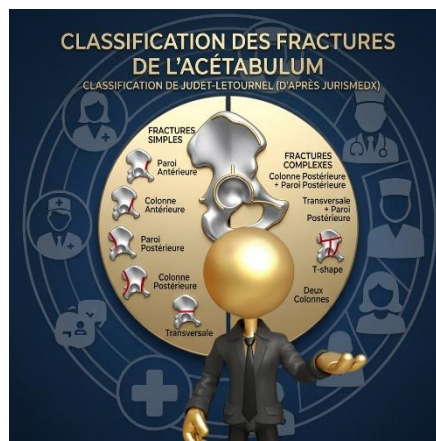


JurisMedX

Classification de Judet-Letournel

Les fractures de l'acétabulum



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 Judet-Letournel décrit les fractures de l'acétabulum selon l'atteinte de ses **parois** et de ses **deux colonnes**, antérieure et postérieure.

Elle distingue :

- **Cinq fractures élémentaires** ;
- **Cinq fractures associées**.

Elle constitue encore le système de référence pour décrire l'architecture des fractures acétabulaires, communiquer entre spécialistes et contribuer à la planification chirurgicale.

II. Que classe-t-on exactement ?

L'acétabulum est la cavité articulaire du bassin dans laquelle vient s'emboîter la tête du fémur.

Il appartient à l'articulation de la hanche et comprend notamment :

- Une paroi antérieure ;
- Une paroi postérieure ;
- Une colonne antérieure ;
- Une colonne postérieure ;
- Un toit articulaire, également appelé dôme ou tectum ;
- Une surface articulaire en forme de croissant.

Une fracture de l'acétabulum traverse donc la cavité articulaire de la hanche. Elle doit être distinguée d'une lésion de l'anneau pelvien, même si les deux peuvent coexister.

III. Le principe des deux colonnes

Pour comprendre la classification, il faut imaginer l'acétabulum soutenu par deux structures osseuses en forme de **Y inversé**.

- **La colonne antérieure**

Elle comprend notamment :

- Une partie de l'aile iliaque ;
- La paroi antérieure de l'acétabulum ;
- La branche supérieure du pubis ;
- La région antérieure de l'os coxal.

- **La colonne postérieure**

Elle comprend notamment :

- La grande échancrure sciatique ;
- La région rétro-acétabulaire ;
- La paroi postérieure ;
- L'ischion.

L'acétabulum se trouve à la jonction de ces deux colonnes. La classification repose sur l'identification de la structure rompue et sur la manière dont le trait traverse cette architecture.



IV. Paroi ou colonne : quelle différence ?

- **Une fracture de paroi**

Elle détache une partie du rebord de l'acétabulum.

La majorité de la colonne correspondante reste intacte.

- **Une fracture de colonne**

Elle interrompt une portion beaucoup plus étendue de l'os coxal et sépare une partie de l'acétabulum du squelette axial.

La paroi correspond au bord de la cavité.

La colonne correspond à son pilier osseux.

Une fracture de la paroi postérieure, par exemple, touche le rebord postérieur et une portion variable du cartilage articulaire, mais laisse l'essentiel de la colonne postérieure intact.

V. Les dix types de fractures

I. Les cinq fractures élémentaires

Une fracture est dite **élémentaire** lorsqu'elle correspond principalement à l'un des cinq schémas fondamentaux.

1) Fracture de la paroi postérieure

La fracture détache une partie du rebord postérieur de l'acétabulum.

La colonne postérieure reste majoritairement intacte.

Elle peut être associée à :

- Une luxation postérieure de la hanche ;
- Une impaction de la tête fémorale ;
- Une fracture de la tête fémorale ;
- Une fragmentation de la paroi ;
- Des fragments ostéochondraux intra-articulaires.

La paroi postérieure est le type élémentaire le plus fréquemment rencontré.

À retenir

Paroi postérieure = le rebord arrière de la cavité est fracturé.

2) Fracture de la colonne postérieure

Le trait interrompt toute la colonne postérieure.

Il traverse généralement :

- La grande échancrure sciatique ;
- La région rétro-acétabulaire ;
- L'acétabulum ;
- Puis l'ischion.

Une partie importante de l'acétabulum est séparée du reste du bassin.

Ce que cela peut entraîner

- Déplacement médial ou rotatoire du fragment postérieur ;
- Perte de congruence avec la tête fémorale ;
- Atteinte du nerf sciatique ;
- Instabilité de la hanche.

À retenir

Colonne postérieure = tout le pilier arrière est interrompu.



3) Fracture de la paroi antérieure

La fracture détache le rebord antérieur de l'acétabulum.

La majorité de la colonne antérieure reste intacte.

Ce type est plus rare que la fracture de la paroi postérieure.

À retenir

Paroi antérieure = le rebord avant de la cavité est fracturé.

4) Fracture de la colonne antérieure

Le trait interrompt la colonne antérieure.

Selon sa hauteur, il peut commencer :

- Dans l'aile iliaque ;
- Sous l'épine iliaque antéro-inférieure ;
- Ou plus bas dans la région pubienne.

Il traverse ensuite l'acétabulum et se prolonge vers la branche pubienne.

Ce que cela signifie

Une partie de la surface articulaire antérieure est séparée du reste du bassin avec le segment de colonne correspondant.

À retenir

Colonne antérieure = le pilier avant est interrompu.

5) Fracture transverse

Le trait traverse l'acétabulum horizontalement ou obliquement et coupe simultanément :

- La colonne antérieure ;
- La colonne postérieure.

Il sépare l'os coxal en deux grands fragments :

- Un fragment supérieur, restant relié au squelette axial ;
- Un fragment inférieur, contenant notamment l'ischion.

Contrairement à la fracture des deux colonnes, une partie du toit articulaire reste rattachée au bassin supérieur.

VI. Sous-types selon la hauteur du trait

La fracture transverse peut être décrite comme :

- **transtectale** : traversant le toit articulaire ;
- **juxtatectale** : passant à proximité du toit ;
- **infratectale** : passant sous le toit.

À retenir

Transverse = un trait coupe les deux colonnes.

VII. Tableau des fractures élémentaires

Type élémentaire	Structure principale atteinte
Paroi postérieure	Rebord postérieur
Colonne postérieure	Pilier postérieur
Paroi antérieure	Rebord antérieur
Colonne antérieure	Pilier antérieur
Transverse	Colonnes antérieure et postérieure coupées par un même trait



VIII. Les cinq fractures associées

Les fractures associées combinent plusieurs schémas élémentaires ou présentent une architecture plus complexe.

1) Colonne postérieure + paroi postérieure

Cette fracture associe :

- Une interruption de la colonne postérieure ;
- Une fracture distincte de la paroi postérieure.

La composante de paroi peut être la plus visible, tandis que la fracture de colonne est parfois moins déplacée.

Pourquoi l'association est-elle importante ?

La fracture ne concerne pas seulement le rebord articulaire : le pilier postérieur est également interrompu.

À retenir

Le bord arrière et toute la colonne arrière sont fracturés.

2) Fracture transverse + paroi postérieure

Un trait transverse coupe les deux colonnes et s'associe à une fracture de la paroi postérieure. Il existe donc :

- Une séparation transversale de l'acétabulum ;
- Un fragment supplémentaire du rebord postérieur.

Cette configuration peut s'accompagner d'une luxation postérieure de la tête fémorale.

À retenir

Le trait traverse l'acétabulum et détache aussi son rebord postérieur.

3) Fracture en T

La fracture en T comprend :

- Une composante transverse ;
- Un second trait vertical descendant vers le foramen obturé ou l'ischion.

Les deux traits dessinent approximativement un **T** et séparent généralement :

- Une partie antérieure ;
- Une partie postérieure ;
- Un fragment supérieur restant relié au bassin axial.

Différence avec la fracture transverse simple

La fracture transverse comporte essentiellement un seul plan principal coupant les deux colonnes.

Dans la fracture en T, un trait vertical supplémentaire divise le fragment inférieur.

À retenir

Fracture en T = transverse + branche verticale.

4) Colonne antérieure + hémitransverse postérieure

Cette fracture associe :

- Une fracture de la colonne ou de la paroi antérieure ;
- Une composante transverse incomplète traversant la colonne postérieure.

La composante postérieure ne forme pas une fracture transverse complète indépendante : elle constitue une **hémitransverse postérieure**. La tête fémorale est fréquemment déplacée ou subluxée vers l'intérieur.



À retenir

Colonne antérieure rompue + moitié postérieure d'un trait transverse.

5) Fracture des deux colonnes

Les colonnes antérieure et postérieure sont entièrement séparées du squelette axial.

Aucune partie de la surface articulaire portante ne reste reliée au bassin supérieur.

L'acétabulum devient alors un ensemble de fragments attachés au membre inférieur plutôt qu'au squelette axial.

Le signe de l'éperon

Sur certaines images, un fragment de l'ilium restant attaché au sacrum peut apparaître comme un **éperon osseux**. Ce signe soutient le diagnostic de fracture des deux colonnes.

Congruence secondaire

La tête fémorale et les fragments acétabulaires peuvent parfois rester relativement congruents entre eux tout en étant déplacés médialement par rapport au bassin. Cette situation est appelée **congruence secondaire**.

À retenir

Deux colonnes = plus aucune portion articulaire ne reste reliée au squelette axial.

IX. Tableau des fractures associées

Type associé	Combinaison
Colonne postérieure + paroi postérieure	Pilier arrière + rebord arrière
Transverse + paroi postérieure	Trait transversal + rebord arrière
Fracture en T	Transverse + trait vertical
Colonne antérieure + hémitransverse postérieure	Pilier avant + demi-trait transverse arrière
Deux colonnes	Colonnes antérieure et postérieure séparées du squelette axial

- **La grande question : transverse ou deux colonnes ?**

Ces deux profils interrompent les colonnes antérieure et postérieure, mais ils ne décrivent pas la même architecture.

- **Fracture transverse**

Une partie du toit articulaire reste attachée au bassin supérieur.

- **Fracture des deux colonnes**

Aucune partie de la surface articulaire principale ne reste rattachée au squelette axial.

Transverse : le toit conserve un ancrage supérieur.

Deux colonnes : l'acétabulum est entièrement détaché du squelette axial.



X. Comment l'imagerie est-elle utilisée ?

La classification a historiquement été construite à partir de trois incidences radiographiques :

- Bassin de face ;
- Incidence oblique alaire ;
- Incidence oblique obturatrice.

Ces incidences permettent d'analyser plusieurs repères fondamentaux, notamment :

- La paroi antérieure ;
- La paroi postérieure ;
- Le toit ;
- La ligne ilio-pectinée ;
- La ligne ilio-ischiatique ;
- La « larme » acétabulaire.

Le scanner complète aujourd'hui l'étude en montrant :

- Les fragments ;
- L'impaction ;
- La comminution ;
- Les corps libres ;
- La tête fémorale ;
- L'architecture tridimensionnelle de la fracture.

XI. Les incidences de Judet

Attention au vocabulaire :

Les incidences de Judet ne sont pas la classification de Judet-Letournel.

Les incidences de Judet sont deux radiographies obliques du bassin :

- L'oblique alaire ;
- L'oblique obturatrice.

Elles servent à mieux visualiser les parois et les colonnes de l'acétabulum.

La classification utilise les informations fournies par ces radiographies, mais les deux notions ne doivent pas être confondues.

XII. Ce que la classification aide à comprendre

Elle permet de préciser :

- Si une paroi est fracturée ;
- Si une colonne est interrompue ;
- Si les deux colonnes sont atteintes ;
- Si la fracture est élémentaire ou associée ;
- La direction générale des traits ;
- La relation entre la surface articulaire et le squelette axial ;
- Le niveau de complexité de la fracture.

Elle fournit également un langage commun pour discuter de l'exposition opératoire et de la reconstruction, sans constituer à elle seule une indication chirurgicale.



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

La classification de Judet-Letournel ne permet pas de déterminer automatiquement :

- La stabilité clinique de la hanche ;
- L'importance exacte du déplacement ;
- L'existence d'une impaction marginale ;
- L'état de la tête fémorale ;
- L'état du cartilage ;
- L'existence de fragments intra-articulaires ;
- L'état du nerf sciatique ;
- La qualité des parties molles ;
- La nécessité d'une opération ;
- La voie d'abord exacte ;
- Le pronostic fonctionnel.

La classification ne prend notamment pas directement en compte tous les facteurs associés à la stabilité de la hanche et au devenir de la personne.

XIV. Les lésions associées à rechercher

Une fracture acétabulaire peut être associée à :

- Une luxation de la hanche ;
- Une fracture de la tête fémorale ;
- Une impaction de la surface articulaire ;
- Des fragments intra-articulaires ;
- Une lésion du nerf sciatique ;
- Une fracture de l'anneau pelvien ;
- Une lésion vasculaire ;
- Des lésions abdominales ou urogénitales ;
- Une atteinte du genou provoquée par la transmission du choc.

L'évaluation initiale ne doit donc jamais se limiter au seul classement du trait.

XV. Les mots du dossier

Acétabulum

Cavité articulaire du bassin recevant la tête fémorale.

Paroi acétabulaire

Rebord osseux antérieur ou postérieur de la cavité.

Colonne acétabulaire

Pilier osseux antérieur ou postérieur soutenant l'acétabulum.

Toit acétabulaire

Partie supérieure portante de l'acétabulum, également appelée dôme ou tectum.

Ligne ilio-pectinée

Repère radiographique représentant une partie de la colonne antérieure.

Ligne ilio-ischiatique

Repère radiographique associé à la colonne postérieure.

Incidence alaïre

Vue oblique mettant notamment en évidence l'aile iliaque et certaines structures postérieures.

Incidence obturatrice

Vue oblique mettant notamment en évidence le foramen obturé et certaines structures antérieures.



Impaction marginale

Enfoncement d'une partie de la surface articulaire près du rebord acétabulaire.

Congruence articulaire

Bon emboîtement entre la tête fémorale et l'acétabulum.

Congruence secondaire

Maintien relatif de l'emboîtement entre la tête fémorale et les fragments acétabulaires malgré leur séparation du squelette axial.

Fracture transtectale

Fracture transverse traversant la partie portante du toit acétabulaire.

Hémitransverse

Composante transverse ne traversant qu'une partie de l'architecture acétabulaire.

XVI. Le piège JurisMedX

Une fracture de la paroi postérieure n'est pas une fracture de la colonne postérieure.

- La paroi correspond au rebord articulaire ;
- La colonne correspond à l'ensemble du pilier osseux.
- **Deuxième piège JurisMedX**

Une fracture transverse et une fracture des deux colonnes interrompent toutes deux les colonnes, mais elles ne sont pas identiques.

Dans la fracture transverse, une portion supérieure de l'acétabulum reste reliée au squelette axial.

Dans la fracture des deux colonnes, toute la surface articulaire est séparée de cet ancrage.

- **Troisième piège JurisMedX**

Judet-Letournel ne classe pas l'anneau pelvien.

- **Tile** décrit la stabilité de l'anneau ;
- **Young-Burgess** décrit le mécanisme de sa lésion ;
- **Judet-Letournel** décrit l'architecture de la fracture de l'acétabulum.
- **Quatrième piège JurisMedX**

Les incidences de Judet ne sont pas un type de fracture.

Ce sont des vues radiographiques utilisées pour analyser l'acétabulum.

XVII. Mini-cas n° 1

Le scanner mentionne :

Fracture élémentaire de la paroi postérieure de l'acétabulum avec luxation postérieure de la hanche.

Que peut-on comprendre ?

- Le rebord postérieur de l'acétabulum est fracturé ;
- La majorité de la colonne postérieure peut rester intacte ;
- La tête fémorale s'est luxée vers l'arrière ;
- Des fragments articulaires ou une impaction doivent être recherchés.

XVIII. Mini-cas n° 2

Le compte rendu indique :

Fracture de la colonne antérieure.

Que peut-on comprendre ?

- Le pilier osseux antérieur est interrompu ;
- La lésion est plus étendue qu'une simple fracture de la paroi antérieure ;
- Une partie de la surface articulaire antérieure est séparée avec la colonne.



XIX. Mini-cas n° 3

Le dossier mentionne :

Fracture transverse associée à une fracture de la paroi postérieure.

Que peut-on comprendre ?

- Un trait traverse les colonnes antérieure et postérieure ;
- Un fragment supplémentaire du rebord postérieur est présent ;
- Il s'agit d'une fracture associée et non d'une fracture transverse élémentaire.

XX. Mini-cas n° 4

Le scanner indique :

Fracture en T de l'acétabulum.

Que peut-on comprendre ?

- Une composante transverse traverse l'acétabulum ;
- Un second trait vertical divise le fragment inférieur ;
- Les colonnes antérieure et postérieure sont séparées selon une architecture en t.

XXI. Mini-cas n° 5

Le rapport mentionne :

Fracture des deux colonnes avec signe de l'éperon.

Que peut-on comprendre ?

- Les colonnes antérieure et postérieure sont séparées du squelette axial ;
- Aucune partie principale de la surface articulaire ne reste attachée au bassin supérieur ;
- L'éperon visible correspond à une portion du bassin restée reliée au sacrum.

À retenir

Judet-Letournel regarde les murs et les piliers de l'acétabulum :

deux parois · deux colonnes · un trait transverse · cinq combinaisons

XXII. Formule mnémotechnique JurisMedX

Élémentaires :

Paroi arrière · Colonne arrière · Paroi avant · Colonne avant · Transverse

Associées :

Arrière + arrière · Transverse + arrière · T · Avant + demi-transverse · Deux colonnes