

JurisMedX

Classification de Tile

La stabilité de l'anneau pelvien



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 Tile décrit les traumatismes de l'anneau pelvien selon leur **stabilité mécanique** :

- **Type A** : lésion stable ;
- **Type B** : instabilité rotatoire, mais stabilité verticale conservée ;
- **Type C** : instabilité rotatoire et verticale.

La question centrale n'est donc pas seulement de savoir où se trouve la fracture, mais de déterminer si l'anneau pelvien reste capable de résister aux contraintes habituelles.

II. Que classe-t-on exactement ?

Le bassin forme un anneau osseux et ligamentaire comprenant notamment :

- Les deux os coxaux ;
- Le sacrum ;
- Les articulations sacro-iliaques ;
- La symphyse pubienne ;
- Les branches pubiennes ;
- Les puissants ligaments postérieurs.

Comme pour tout anneau, une rupture visible à un endroit doit conduire à rechercher une seconde lésion osseuse ou ligamentaire ailleurs.

La stabilité dépend particulièrement de l'intégrité de l'arc postérieur, formé notamment par :

- Le sacrum ;
- Les articulations sacro-iliaques ;
- Les ligaments sacro-iliaques postérieurs ;
- Les ligaments sacro-tubéraux et sacro-épineux.

III. Que signifie « stabilité » ?

Un anneau pelvien est considéré comme stable lorsqu'il peut supporter les contraintes physiologiques sans déformation anormale.

Deux formes principales d'instabilité doivent être distinguées.

a) Instabilité rotatoire

Un hémibassin peut pivoter anormalement :

- Vers l'extérieur ;
- Vers l'intérieur ;
- Ou autour d'un axe vertical.

b) Instabilité verticale

Un hémibassin peut se déplacer vers le haut ou vers le bas.

Tile B : ça tourne, mais ça ne monte pas librement.

Tile C : ça tourne et ça se déplace verticalement.



IV. Les trois grands types

a) Tile A — Lésion stable

L'anneau pelvien conserve globalement sa stabilité.

L'arc postérieur est intact ou n'est pas interrompu de manière significative.

Principaux sous-types

A1 — Fracture ne compromettant pas l'anneau

Il peut notamment s'agir :

- D'une fracture-avulsion ;
- D'une fracture isolée de l'aile iliaque ;
- D'une lésion située en dehors de l'anneau pelvien fonctionnel.

A2 — Fracture stable ou très peu déplacée de l'anneau

Une fracture peut concerner les branches pubiennes ou une autre partie de l'anneau sans compromettre sa stabilité globale.

A3 — Fracture transverse du sacrum ou du coccyx

La lésion se situe sous les principales structures assurant la transmission du poids entre le rachis et les membres inférieurs.

À retenir

Tile A = anneau mécaniquement stable.

b) Tile B — Instabilité rotatoire, stabilité verticale conservée

L'anneau pelvien est partiellement instable.

Les structures postérieures sont lésées de manière incomplète : elles permettent encore d'empêcher un déplacement vertical libre, mais ne contrôlent plus correctement la rotation.

B1 — Lésion en rotation externe

L'hémi-bassin s'ouvre vers l'extérieur.

La symphyse pubienne peut s'écarter et les structures antérieures de l'anneau s'ouvrir.

Ce profil est souvent décrit comme une lésion en **livre ouvert**.

B2 — Lésion en rotation interne

L'hémi-bassin est comprimé et tourne vers l'intérieur.

Des fractures des branches pubiennes et une impaction postérieure peuvent être présentes.

B3 — Lésion bilatérale de type B

Les deux côtés de l'anneau présentent une instabilité rotatoire, sans perte complète de la stabilité verticale.



À retenir

Tile B = bassin instable en rotation, mais encore tenu verticalement.

c) Tile C — Instabilité rotatoire et verticale

L'arc postérieur est complètement interrompu.

L'hémi-bassin peut :

- Tourner ;
- Se déplacer verticalement ;
- Se tradater ;
- Perdre ses rapports normaux avec le sacrum.

Il s'agit d'une lésion mécaniquement complètement instable.

C1 — Lésion unilatérale

Un seul côté de l'anneau présente une interruption postérieure complète.

C2 — Lésion bilatérale avec un côté de type B et un côté de type C

Les deux côtés sont atteints, mais avec des degrés d'instabilité différents.

C3 — Lésion bilatérale de type C

Les deux côtés de l'anneau sont complètement instables.

À retenir

Tile C = l'anneau n'est plus stable ni en rotation ni verticalement.

V. Tableau express

Type	Stabilité rotatoire	Stabilité verticale
A	Conservée	Conservée
B	Perdue	Conservée
C	Perdue	Perdue

VI. La logique de Tile

a) Type A

L'anneau reste fonctionnellement stable.

b) Type B

L'arc postérieur est partiellement atteint.

Le bassin peut s'ouvrir ou se fermer en rotation, mais les structures restantes empêchent un déplacement vertical complet.

c) Type C

L'arc postérieur est complètement interrompu.

Le bassin peut se déplacer dans plusieurs plans.

VII. Pourquoi utilise-t-on cette classification ?

Elle aide à comprendre :

- La stabilité de l'anneau ;
- L'importance de la lésion postérieure ;
- La possibilité d'un déplacement secondaire ;
- Le degré général de complexité mécanique ;
- La nécessité d'évaluer précisément les structures ligamentaires et sacro-iliaques.



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

La classification de Tile ne permet pas de déterminer automatiquement :

- L'état hémodynamique ;
- L'importance d'une hémorragie ;
- L'existence d'une lésion vasculaire ;
- L'état de la vessie ou de l'urètre ;
- L'état des organes abdominaux ;
- L'existence de lésions neurologiques ;
- Le traitement précis ;
- Le pronostic fonctionnel.

Une lésion considérée comme mécaniquement stable peut malgré tout s'accompagner de complications importantes.

IX. Les lésions associées à rechercher

Un traumatisme de l'anneau pelvien peut être associé à :

- Une hémorragie rétropéritonéale ;
- Une lésion de la vessie ;
- Une lésion urétrale ;
- Une lésion rectale ou vaginale ;
- Une atteinte des racines nerveuses ;
- Une lésion vasculaire ;
- Une fracture acétabulaire ;
- Des lésions abdominales ou thoraciques.

La priorité immédiate chez une personne traumatisée reste donc l'évaluation globale, et non la seule attribution d'une lettre.

X. Les mots du dossier

Anneau pelvien

Ensemble osseux et ligamentaire reliant le rachis aux membres inférieurs.

Hémi-bassin

Moitié droite ou gauche du bassin.

Arc antérieur

Partie comprenant notamment les branches pubiennes et la symphyse.

Arc postérieur

Partie comprenant le sacrum, les articulations sacro-iliaques et leurs ligaments.

Symphyse pubienne

Articulation située à l'avant entre les deux os pubiens.

Articulation sacro-iliaque

Articulation entre le sacrum et l'os iliaque.

Diastasis

Écartement anormal entre deux structures.

Livre ouvert

Ouverture en rotation externe de l'anneau pelvien.

Cisaillement vertical

Déplacement vertical d'un hémi-bassin par rapport à l'autre.



XI. Le piège JurisMedX

Tile B ne signifie pas “bassin stable”.

Il reste stable verticalement, mais il est instable en rotation.

Deuxième piège JurisMedX

Une fracture peu déplacée sur la première radiographie n’est pas nécessairement mécaniquement stable.

La position de la personne, une réduction spontanée et la qualité de l’imagerie peuvent masquer une lésion ligamentaire.

Troisième piège JurisMedX

Tile classe la stabilité mécanique, pas le risque hémorragique individuel.

Une lettre ne remplace jamais l’évaluation hémodynamique et traumatique complète.

XII. Mini-cas n° 1

Le compte rendu indique :

Fracture de l’anneau pelvien Tile A2.

Que peut-on comprendre ?

- L’anneau est atteint ;
- La lésion est considérée comme stable ou très peu déplacée ;
- L’arc postérieur ne présente pas d’interruption significative.

XIII. Mini-cas n° 2

Le scanner mentionne :

Lésion Tile B1 en livre ouvert.

Que peut-on comprendre ?

- L’anneau s’est ouvert en rotation externe ;
- Une instabilité rotatoire existe ;
- La stabilité verticale reste globalement conservée ;
- Les structures postérieures peuvent être partiellement lésées.

XIV. Mini-cas n° 3

Le dossier indique :

Fracture pelvienne Tile C1.

d) Que peut-on comprendre ?

- Un côté de l’anneau présente une interruption postérieure complète ;
- La lésion est instable en rotation ;
- Elle est également instable verticalement.

À retenir

Tile regarde la stabilité :

A stable · B tourne · C tourne et monte

XV. Formule mnémotechnique JurisMedX

A : anneau stable

B : bascule en rotation

C : complètement instable