

Classification de Herbert-Fisher

Les fractures du scaphoïde



Laurence Petoud – Référente juridique

CAS Droits des patients & santé publique

www.jurismedx.ch – laurence@jurismedx.ch



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 Herbert-Fisher classe les fractures du scaphoïde selon leur stabilité et leur évolution :

- **A** : fracture aiguë stable ;
- **B** : fracture aiguë instable ;
- **C** : retard de consolidation ;
- **D** : pseudarthrose constituée.

II. Que classe-t-on exactement ?

Le scaphoïde est un petit os du carpe situé du côté du pouce.

Il participe aux mouvements et à la stabilité du poignet.

Il possède une vascularisation particulière : une grande partie de son apport sanguin arrive par son extrémité distale et progresse vers le pôle proximal.

Une fracture proximale peut donc compromettre davantage la vascularisation et présenter un risque accru de retard de consolidation ou de nécrose osseuse.

III. Comment survient la fracture ?

Le mécanisme classique est une chute sur la main avec le poignet en extension.

La personne présente souvent :

- Une douleur du côté du pouce ;
- Une sensibilité dans la tabatière anatomique ;
- Une douleur à la compression du pouce ;
- Une gêne lors de la mobilisation du poignet.

La fracture peut être peu visible ou invisible sur les premières radiographies.

IV. Les grandes catégories

a) Type A — Fractures aiguës stables

Les fractures de type A sont considérées comme stables.

A1 — Fracture du tubercule

La fracture atteint le tubercule distal du scaphoïde.

A2 — Fracture incomplète de la taille

Le trait atteint la région moyenne du scaphoïde sans traverser complètement l'os.

À retenir

A = aiguë et stable.

b) Type B — Fractures aiguës instables

Les fractures de type B sont considérées comme instables.

B1 — Fracture oblique distale

Le trait suit une orientation oblique dans la partie distale.

Cette orientation peut favoriser un glissement ou un raccourcissement du scaphoïde.

B2 — Fracture complète de la taille

La fracture traverse complètement la partie moyenne du scaphoïde.

Il s'agit de l'un des profils les plus fréquents.

B3 — Fracture du pôle proximal

La fracture concerne l'extrémité proximale du scaphoïde.

Cette localisation expose davantage à des problèmes de vascularisation et de consolidation.

B4 — Fracture trans-scapho-périlunaire

La fracture du scaphoïde est associée à une luxation ou fracture-luxation périlunaire du carpe.

Il s'agit d'une lésion complexe du poignet.



B5 — Fracture comminutive

Le scaphoïde est divisé en plusieurs fragments.

À retenir

B = aiguë mais instable.

c) Type C — Retard de consolidation

La fracture n'a pas consolidé dans le délai attendu, mais une consolidation reste encore possible.

Le délai précis dépend du contexte, de l'imagerie et de l'évolution clinique.

À retenir

C = consolidation en retard.

d) Type D — Pseudarthrose

La fracture n'a pas consolidé et une pseudarthrose s'est constituée.

D1 — Union fibreuse

Les fragments restent reliés par un tissu fibreux, sans véritable pont osseux solide.

D2 — Pseudarthrose établie

La non-consolidation est installée, avec possibles modifications osseuses :

- Sclérose ;
- Kystes ;
- Déformation ;
- Perte de hauteur ;
- Arthrose progressive du carpe.

À retenir

D = défaut durable de consolidation.

V. Tableau express

Type	Signification
A1	Fracture du tubercule, stable
A2	Fracture incomplète de la taille, stable
B1	Fracture oblique distale, instable
B2	Fracture complète de la taille
B3	Fracture du pôle proximal
B4	Fracture-luxation trans-scapho-périlunaire
B5	Fracture comminutive
C	Retard de consolidation
D1	Union fibreuse
D2	Pseudarthrose établie

VI. Pourquoi utilise-t-on cette classification ?

Elle permet de distinguer :

- Les fractures stables et instables ;
- Les fractures aiguës et les complications de consolidation ;
- Les localisations à risque ;
- Les fractures simples et les lésions complexes du carpe.

Elle relie donc la forme de la fracture à son potentiel de consolidation et à sa stabilité.



VII. Pourquoi le scaphoïde consolide-t-il parfois mal ?

Plusieurs facteurs peuvent intervenir :

- Vascularisation limitée du pôle proximal ;
- Déplacement ;
- Instabilité ;
- Diagnostic tardif ;
- Immobilisation insuffisante ;
- Tabagisme ;
- Fracture comminutive ;
- Localisation proximale.

Le scaphoïde est soumis à des contraintes importantes lors des mouvements du poignet, ce qui peut entretenir une mobilité anormale entre les fragments.

VIII. Imagerie

Radiographie

Elle constitue généralement le premier examen, avec des incidences spécifiques du scaphoïde. Une radiographie initiale normale n'exclut pas complètement une fracture.

a) CT

Le scanner est particulièrement utile pour :

- Analyser le trait ;
- Mesurer le déplacement ;
- Évaluer la consolidation ;
- Planifier une fixation.

b) IRM

L'IRM peut aider à détecter une fracture occulte et à évaluer les tissus et la vascularisation, mais elle doit toujours être interprétée dans le contexte clinique.

• Ce que la classification aide à comprendre

Elle indique :

- Si la fracture est stable ;
- Où se situe le trait ;
- Si la fracture est complète ;
- Si une luxation du carpe est associée ;
- Si la consolidation est retardée ou absente.

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

Elle ne permet pas de déterminer automatiquement :

- La technique de traitement ;
- La durée d'immobilisation ;
- Le délai de reprise du travail ;
- La qualité exacte de la vascularisation ;
- Le risque individuel de pseudarthrose ;
- Le pronostic fonctionnel.



X. Les mots du dossier

Scaphoïde

Os du carpe situé du côté radial du poignet, près du pouce.

Taille du scaphoïde

Partie moyenne et la plus étroite du scaphoïde.

Pôle proximal

Extrémité située près de l'avant-bras.

Pôle distal

Extrémité située près du pouce et des autres os du carpe.

Tabatière anatomique

Petite dépression visible à la base du pouce lorsque celui-ci est tendu.

Fracture occulte

Fracture non visible sur les premières radiographies.

Retard de consolidation

Consolidation plus lente que prévu.

Pseudarthrose

Absence persistante de consolidation entre les fragments.

Nécrose avasculaire

Destruction osseuse provoquée par un apport sanguin insuffisant.

SNAC wrist

Arthrose progressive du poignet secondaire à une pseudarthrose du scaphoïde.

XI. Le piège JurisMedX

Une radiographie initiale normale n'exclut pas toujours une fracture du scaphoïde.

Une douleur persistante et une sensibilité typique peuvent justifier une immobilisation, un contrôle ou une imagerie complémentaire selon la stratégie médicale.

Deuxième piège JurisMedX

Herbert B2 ne signifie pas "fracture de gravité moyenne".

B2 décrit une fracture complète de la taille du scaphoïde, considérée comme instable.

Troisième piège JurisMedX

Les lettres C et D ne décrivent pas une localisation.

Elles décrivent l'évolution de la consolidation :

- C : retard ;
- D : pseudarthrose.

XII. Mini-cas n° 1

Le compte rendu mentionne :

Fracture du scaphoïde Herbert A1.

Que peut-on comprendre ?

- La fracture atteint le tubercule distal ;
- Elle est classée parmi les fractures aiguës stables.



XIII. Mini-cas n° 2

Le scanner indique :

Fracture complète de la taille du scaphoïde Herbert B2.

- **Que peut-on comprendre ?**
- Le trait traverse complètement la partie moyenne ;
- La fracture est considérée comme instable ;
- La lettre B ne décrit pas une fracture ancienne, mais une fracture aiguë instable.

XIV. Mini-cas n° 3

Le dossier mentionne :

Pseudarthrose du scaphoïde Herbert D2.

Que peut-on comprendre ?

- La fracture n'a pas consolidé ;
- La pseudarthrose est constituée ;
- Des modifications osseuses chroniques peuvent être présentes.
- **À retenir**

Herbert regarde stabilité et évolution :

A stable · B instable · C retard · D pseudarthrose

XV. Formule mnémotechnique JurisMedX

A : assez stable

B : bouge

C : consolidation en retard

D : défaut durable