

Systeme acetabulaire Trident

Technique opératoire pour cupules PSL



Systeme acétabulaire Trident

Technique opératoire pour cupules PSL

Indications de l'utilisation de l'Insert Céramique Trident - Tête Céramique

Arthroplastie de hanche primaire ou de reprise due aux affections suivantes :

- Arthrose non inflammatoire dégénérative (coxarthrose, nécrose avasculaire, arthrose post-traumatique, épiphysiolyse fémorale supérieure, fracture pelvienne, défaut de fixation de la prothèse, pseudarthrose posttraumatique ou variante dystrophique), ou
- Affection articulaire inflammatoire. Ostéoarthritis.

Contre-indications de l'utilisation de l'Insert Céramique Trident - Tête Céramique

- Infection active ou latente soupçonnée au niveau de l'articulation de la hanche.
- Trouble mental ou neuromusculaire, susceptible de créer un risque inacceptable d'instabilité de la prothèse, de défaut de fixation de la prothèse ou de complications lors de soins post-opératoires.
- Stock osseux compromis par une pathologie, une infection ou par une précédente implantation qui ne peut pas fournir de support adéquat et/ou de fixation à la prothèse.
- Squelette Immature.

Indications de l'utilisation de l'Insert polyéthylène Trident avec une tête métallique ou céramique

- Affection articulaire douloureuse et handicapante de la hanche secondaire à : ostéo-arthritis dégénérative, polyarthrite rhumatoïde, arthrose post-traumatique ou nécrose avasculaire avancée.
- Reprises de tête fémorale de tige ayant échoué, de cotyle ou d'une autre intervention.
- Problèmes de prise en charge clinique où l'arthrodèse ou les autres techniques de reconstruction ont moins de chance de donner des résultats satisfaisants.
- Stock osseux de qualité médiocre ou inadéquate pour les autres techniques reconstructives, comme les insuffisances du cotyle.

Contre-indications de l'utilisation de l'Insert polyéthylène Trident avec une tête métallique ou céramique

- Infection active ou latente soupçonnée au niveau de l'articulation de la hanche.
- Trouble mental ou neuromusculaire, susceptible de créer un risque inacceptable d'instabilité de la prothèse, de défaut d'adhérence de la prothèse ou de complications lors de soins post-opératoires.
- Stock osseux est compromis par une pathologie, une infection ou par une précédente implantation qui ne peut pas fournir de support adéquat et/ou de fixation à la prothèse.
- Squelette Immature.

Mises en garde et précautions à prendre

Consultez la notice pour les mises en garde, précautions, effets indésirables et autres informations essentielles concernant ce produit.

Cupules acétabulaires Trident PSL Inserts polyéthylène et céramique

Remerciements

Stryker Orthopaedics tient à remercier les investigateurs principaux ci-dessous pour leur expertise clinique dans la mise au point du système acétabulaire céramique Stryker Orthopaedics.

Coprésidents de l'étude :

William N. Capello, MD

Indiana University Medical Center
Indianapolis, IN

James A. D'Antonio, MD

Greater Pittsburgh Orthopaedics Assoc.
Moon Township, PA

Benjamin E. Bierbaum, MD

New England Baptist Hospital
Boston, MA

Clifford W. Colwell, MD

Scripps Clinic
LaJolla, CA

Joseph H. Dimon, III, MD

Peachtree Orthopaedic Clinic
Atlanta, GA

William Hozack, MD

Rothman Institute
Philadelphia, PA

William L. Jaffe, MD

Hospital for Joint Diseases
New York, NY

Ormonde Mahoney, MD

Athens Orthopedic Clinic, PA
Athens, GA

Kenneth E. Marks, MD

Cleveland Clinic Foundation
Cleveland, OH

J. Wesley Mesko, MD

Ingham Medical Center
Lansing, MI

James R. Roberson, MD

Emory Sports Medicine & Spine Center
Decatur, GA

Sean P. Scully, MD, PhD

Duke University
Durham, NC

Scott Siverhus, MD

Flower Hospital
Sylvania, OH

Robert Zann, MD

Orthopaedic Surgery Associates
Boca Raton, FL

Stryker Orthopaedics adresse également ses remerciements aux réviseurs radiographiques indépendants ayant participé à cette étude :

Daniel J. Berry, MD

Mayo Clinic
Rochester, MN

Peter Bonutti, MD

Bonutti Clinic
Effingham, IL

Remerciements spéciaux à :

John Andronaco, MD

Hackensack University Medical Center
Hackensack, NJ

pour l'évaluation des instruments et la révision clinique du protocole chirurgical.



Introduction

Le système acétabulaire Trident utilise l'instrumentation acétabulaire pour prothèse totale de hanche CuttingEdge. Cette technique chirurgicale sert de guide pour la préparation du cotyle afin d'implanter la cupule PSL Trident en utilisant un ensemble unique d'instruments acétabulaires.

Le système acétabulaire PSL Trident se compose de deux éléments qui sont assemblés en per-opératoire. Les cupules acétabulaires PSL HA offrent un alignement ou « press-fit » périphérique de 1,8 mm. Les cupules Trident PSL ont une forme conçue pour assurer un niveau de Press Fit compris entre 1,0 et 1,8 mm. Les cupules Trident PSL présentent une périphérie surdimensionnée de 1,8 mm (par exemple une cupule de 52 mm correspond à une périphérie de 53,8 mm sur le bord de la cupule).

Voir le tableau de compatibilité du système acétabulaire Trident pour les options de taille (Tableau 1).

Le système acétabulaire Trident utilise le mécanisme de verrouillage Innerchange.

Le verrouillage de l'insert céramique dans la cupule est obtenu au moyen de cônes de pentes correspondantes. La stabilité en rotation entre les composants est assurée par le blocage des encoches de l'insert dans les ergots anti-rotation de la cupule.

Les inserts céramique Trident doivent être utilisés exclusivement avec les têtes céramique Stryker Orthopaedics.

Les inserts polyéthylène Trident se bloquent dans la cupule au moyen d'un anneau périphérique qui se loge dans la cannelure correspondante de la cupule. La stabilité en rotation est assurée par le blocage des encoches de l'inserts dans les ergots anti-rotation de la cupule.

TABEAU 1 : Table de compatibilité

Table de compatibilité Tête fémorale, insert X3 et cupule									
Taille de cupule, code alpha insert et épaisseur d'insert (mm) pour inserts standard									
Cupule Trident PSL	40	42	44	46, 48	50, 52	54, 56	58, 60	62, 64	66, 68
Cupule Trident hémisphérique	42	44	46	48, 50	52, 54	56, 58	60, 62	64, 66	68, 70
Cupule Tritanium Primary hémisphérique	44	46	48	50, 52	54, 56	58, 60	62, 64	66, 68	70, 72
Code alpha insert	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Têtes fémorales	22 mm	7,8	8,8	9,8	10,8	12,8	14,8	16,3	18,1
	26 mm			7,9	9,9	10,9	12,9	14,4	16,2
	28 mm	*3,9	5,9	6,9	7,9	9,9	11,9	13,4	15,2
	32 mm		*3,9	*4,9	5,9	7,9	9,9	11,4	13,2
Têtes fémorales anatomiques	36 mm				*3,9	5,9	7,9	9,4	11,2
	40 mm					*3,8	5,8	7,4	9,1
	44 mm						*3,8	5,4	7,1

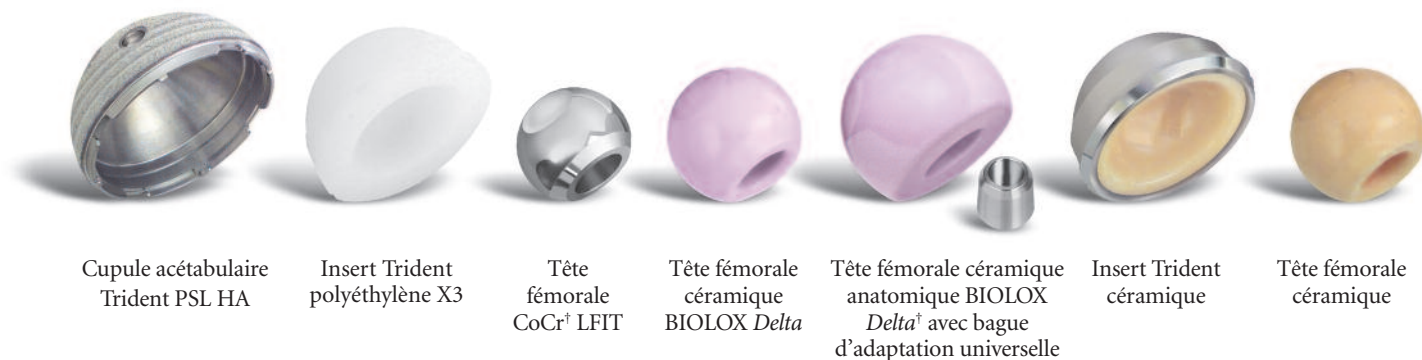
*Tailles non disponibles en France

Cupule acétabulaire Trident PSL							
Code alpha	Taille cupule PSL HA Trident (mm)	Inserts Trident 0°, 10° (mm)	Inserts Trident excentrés 0°, 10° (mm)	Insert Trident céramique 0° (mm)	Inserts Trident rebord (mm)	Inserts Trident contraints 0° (mm)	Inserts Trident contraints 10° (mm)
A	40	22, 28	—	—	—	—	—
B	42	22, 28, 32	28*	—	—	—	—
C	44	22, 26, 28, 32	28	—	28	—	—
D	46, 48	22, 26, 28, 32, 36**	28, 32	28	28	22	—
E	50, 52	22, 26, 28, 32, 36, 40**	28, 32, 36	32	28, 32, 36	22	22
F	54, 56	22, 26, 28, 32, 36, 40**, 44**	28, 32, 36	32	28, 32, 36	28	22
G	58, 60	22, 26, 28, 32, 36, 40**, 44**	28, 32, 36	36	28, 32, 36	28	28
H	62, 64	22, 26, 28, 32, 36, 40**, 44**	28, 32, 36	36	28, 32, 36	32	28
I	66, 68	22, 26, 28, 32, 36, 40**, 44**	28, 32, 36	36	28, 32, 36	32	28

NOTE : Se reporter à la technique opératoire du système acétabulaire Tritanium, LSP66, pour l'implantation des cupules acétabulaires hémisphériques Tritanium.

* Disponible en 0° uniquement.

** Disponible en X3 et en 0° uniquement.



† À utiliser uniquement avec les inserts en polyéthylène

Étape 1 : Planification pré-opératoire et évaluation radiographique

La planification pré-opératoire et l'évaluation radiographique permettent de sélectionner le type et la taille optimale de l'implant en fonction de l'anatomie du patient et de la pathologie de la hanche à traiter. Cela facilite la préparation de la salle d'opération et garantit la disponibilité de la taille adéquate sélectionnée. L'examen des clichés radiographiques permet également de détecter d'éventuelles anomalies anatomiques susceptibles de compromettre les objectifs déterminés en pré-opératoire.

James A.D'Antonio, M.D. :

« La phase d'essai est une étape importante de l'intervention car elle permet au chirurgien d'évaluer la taille de la prothèse à utiliser. Évaluez le centre de rotation et l'offset de la hanche pour déterminer l'emplacement inférieur du composant acétabulaire par rapport à l'arrière-fond. »

Étape 2 : Préparation acétabulaire

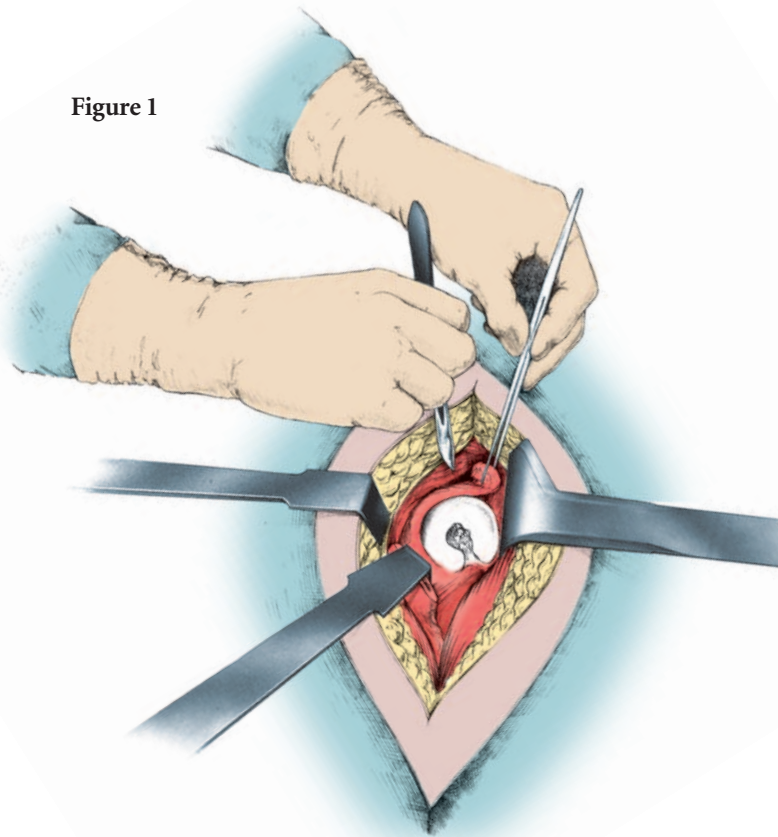
L'exposition de la cavité cotyloïdienne est obtenue par la libération et l'excision des parties molles selon la technique habituelle du chirurgien. La résection du bourrelet cotyloïdien et des ostéophytes permet d'obtenir une bonne visualisation des contours osseux et facilite le fraisage de la cavité cotyloïdienne.

Note : L'identification et le retrait des ostéophytes permettent de limiter l'éventualité d'un conflit os/os ou composant/os.

Les écarteurs fémoraux et contre-coudés de Stryker Orthopaedics peuvent être utilisés pour obtenir une meilleure exposition du cotyle (**Figure 1**).

L'exposition de la cavité cotyloïdienne permet d'identifier les anomalies osseuses. Si nécessaire, les différentes options de greffe peuvent être prises en compte avant l'alésage.

Figure 1



Étape 3a : Alésage sphérique

ATTENTION : Seules les fraises CuttingEdge doivent être utilisées pour préparer la cavité cotyloïdienne pour les composants acétabulaires Trident.

Pour réaliser un fraisage de précision pour un implant standard, on peut fixer le guide d'inclinaison/antéversion 45/20° au manche portefraise CuttingEdge (Figure 2). Le guide est perpendiculaire à l'axe longitudinal du corps, le manche portefraise est à 45° d'inclinaison et l'axe de la fraise sphérique est également à 45° (Figure 3). Lorsque la tige d'antéversion droite/gauche du guide est parallèle à l'axe longitudinal du corps, le manche portefraise est à 20° d'antéversion.

ATTENTION : Tous les guides externes s'utilisent sur un patient en décubitus latéral, c'est-à-dire dans une position acceptable pour l'antéversion.

NOTE : Des modifications dans la bascule du bassin et la flexion du bassin dues à la position du patient sur la table, ainsi qu'à une pathologie de la hanche controlatérale, du rachis et du bassin peuvent avoir un impact sur l'obtention de l'inclinaison/antéversion de 45°/20°.

William A. Leone, Jr., M.D. :

« Pour réaliser le positionnement à 45° d'inclinaison et 20° d'antéversion, le chirurgien peut utiliser un niveau d'alignement pelvien (PAL). Pour voir la technique recommandée, consultez la technique opératoire de niveau d'alignement pelvien PAL, LSP61. »

John Andronaco, M.D. :

« La vérification de la présence éventuelle d'ostéophytes internes et leur ablation est importante avant de passer à l'étape d'alésage. Ceci permet d'éviter la latéralisation de la cupule. »

Au départ, il est recommandé d'utiliser une fraise sphérique CuttingEdge d'un diamètre inférieur de 4 mm au diamètre planifié. Pour assembler et verrouiller la fraise au manche portefraise, il suffit de tirer la bague de verrouillage vers le bas et de tourner la fraise d'un quart de tour (Figure 4). Le fraisage s'effectue progressivement par paliers de 1 mm jusqu'à l'obtention de l'adaptation finale.

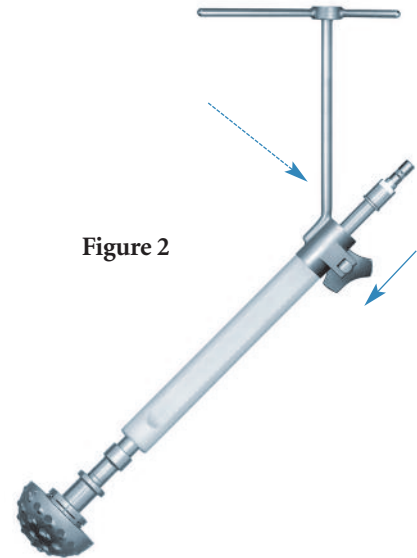


Figure 2

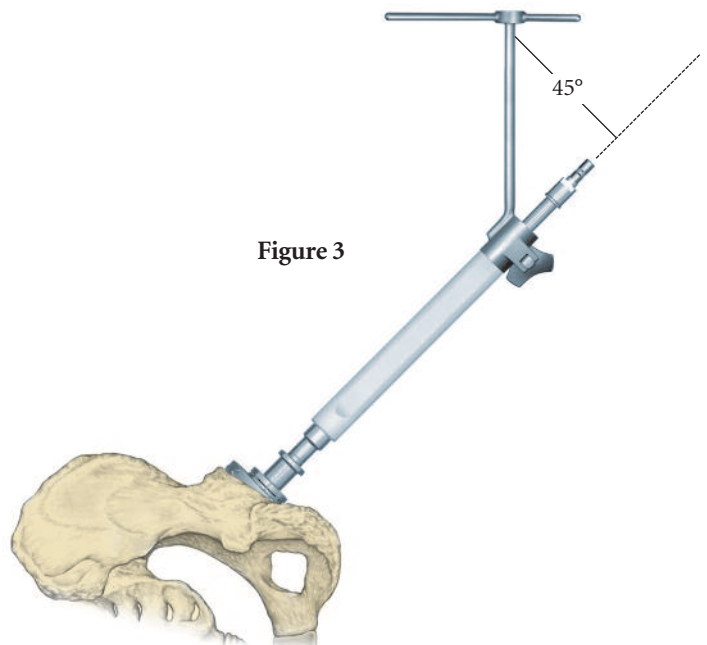


Figure 3

Étape 3b : Alésage final

La périphérie de la cupule Trident PSL HA fait 1,8 mm de plus que la taille nominale (par exemple, une cupule de 52 mm = 53,8 mm à la périphérie de la cupule). La taille de la cupule Trident PSL HA choisie doit être identique au diamètre le plus large de la fraise sphérique CuttingEdge utilisée. Il revient au chirurgien d'évaluer le stock osseux, l'importance du press fit et le niveau d'alésage adapté. Lors de l'implantation de la cupule Trident PSL HA, un press fit de 1,8 mm n'est pas toujours nécessaire avec un os dense, dur et sclérotique. Cette précaution permet de réduire les problèmes potentiels pouvant se poser avec un os dense, comme une fracture acétabulaire, un problème pour impacter l'insert ou une légère déformation de la cupule en titane, ce qui rend difficile la mise en place de l'insert.

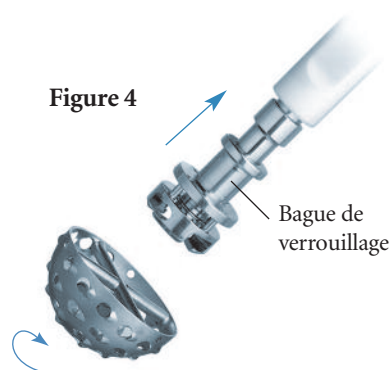
NOTE : L'ajustement doit être déterminé pendant l'intervention en fonction de la qualité osseuse du patient.

Le profil complet de la fraise sphérique CuttingEdge nécessite un alésage en pleine profondeur. La fraise doit être amenée jusqu'au point où son bord/la barre entre en contact avec la paroi acétabulaire en zone périphérique. Pour dégager la fraise du manche, il suffit de tirer sur la bague de verrouillage et de faire pivoter la fraise d'un quart de tour dans le sens horaire (Figure 4).

Veiller à ne pas agrandir ou déformer la cavité par un fraisage excentré. Fraiser jusqu'à la plaque sous chondrale pour médialiser la cupule. Fraiser jusqu'à l'extrémité de la fraise sphérique CuttingEdge afin de caler la fraise dans la cupule.

NOTE : Les cupules acétabulaires Trident PSL contiennent un alignement périphérique de 1,8 mm intégré dans la cupule comme indiqué (par ex., 52 mm = 53,8 mm).

NOTE : Les fraises sphériques CuttingEdge sont très tranchantes et doivent toujours être parfaitement aiguisées. Éviter toute manipulation inutile de la fraise pour conserver une bonne qualité de coupe. Des dents émoussées dévient dans l'os mou et résistent à l'os dur, ce qui donne une surface très irrégulière ou une cavité trop large.



Étape 4 : Évaluation avec cupules d'essai fenêtrées

Après l'alésage, la cupule d'essai fenêtrée Trident correspondante, (**Tableau 2**), est vissée sur le positionneur/impacteur CuttingEdge et placée dans la cavité cotyloïdienne afin d'évaluer la taille et la congruence du système (**Figure 5**). Utiliser la cupule d'essai ayant le même diamètre que la dernière fraise sphérique utilisée. La forme fenêtrée de la cupule d'essai permet de visualiser et de vérifier les dimensions, la congruence et le contact avec l'arrière-fond du cotyle. La mise en place de l'insert d'essai Trident dans la cupule d'essai fenêtrée (**Figures 6 et 7**) permet d'évaluer la mécanique de l'articulation. Pour faciliter la mise en place et la fixation de l'insert d'essai dans la cupule d'essai fenêtrée universelle Trident pour la phase d'essai, une vis de solidarisation pour insert d'essai peut être utilisée. Le kit de solidarisation pour insert d'essai (2230-0010) est optionnel (**Figure 6**).

Pour faciliter la mise en place/l'extraction de l'insert d'essai, introduire les mors d'une pince dans les deux orifices frontaux de l'implant.

TABEAU 2 : Correspondance entre la taille de la cupule d'essai fenêtrée universelle Trident et l'insert d'essai Trident

Classe de compatibilité de l'insert d'essai	Taille de fraise (mm)	Cupule d'essai fenêtrée universelle Trident (mm)
A	40	40
B	42	42
C	44	44
D	46	46
D	48	48
E	50	50
E	52	52
F	54	54
F	56	56
G	58	58
G	60	60
H	62	62
H	64	64
I	66	66
I	68	68
J	70	70
J	72	72

Figure 5

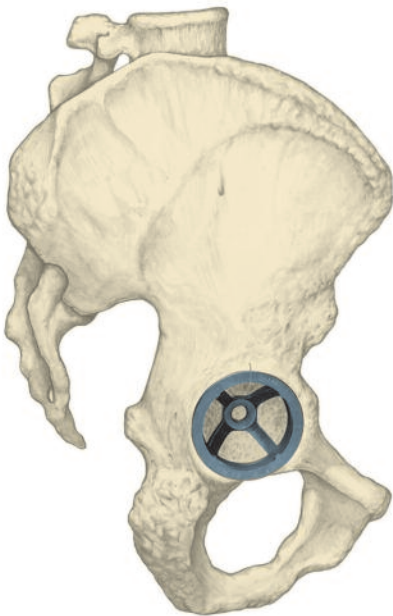


Figure 6

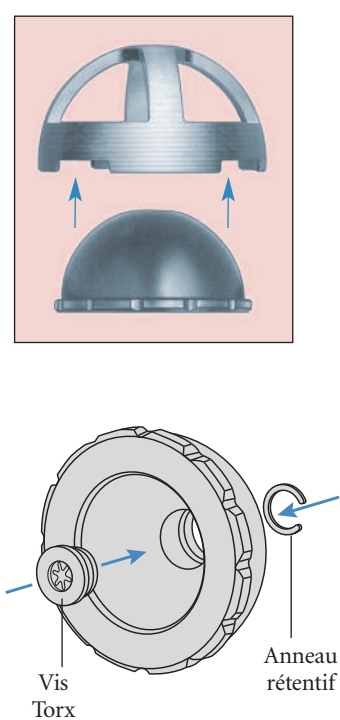
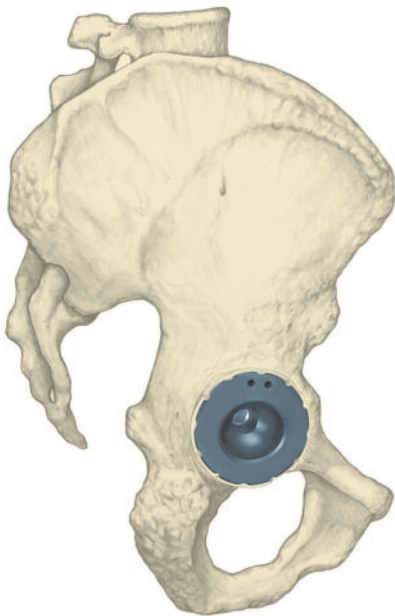


Figure 7



Étape 5 : Mise en place de la cupule PSL HA Trident

La cavité cotyloïdienne et les tissus mous qui l'entourent doivent être examinés avant d'insérer la cupule, ceci afin de vérifier que rien n'empêche l'implantation de la cupule. Une fois la réduction d'essai terminée, sélectionner la cupule PSL HA Trident de la taille adéquate suivant les indications présentées sur l'étiquette du produit. Veiller à ce que le patient soit dans la bonne position. À ce stade, il est prudent de réévaluer la position du patient dans le champ chirurgical.

Si nécessaire, le guide d'alignement inclinaison/antéversion CuttingEdge peut être assemblé au positionneur/impacteur CuttingEdge pour faciliter le positionnement correct de la cupule à 45° d'inclinaison et 20° d'antéversion (Figures 8 et 9).

ATTENTION : Le guide d'alignement peut être imprécis si la position du bassin n'est pas reconnaissable. Même de légers changements de la bascule du bassin auront un impact important sur l'antéversion. Le guide d'alignement n'est qu'une assistance à un positionnement correct. Le chirurgien doit également s'appuyer sur les repères anatomiques pour éviter un positionnement inadéquat des composants.

Visser l'impacteur dans l'orifice apical de la cupule métallique. Il est important que l'impacteur soit engagé à fond et repose bien contre la paroi interne de la cupule. Dans le cas contraire, il y a un risque d'endommager les filets de l'orifice apical et d'avoir ensuite des difficultés à retirer l'impacteur de la cupule.

Dans le cas de l'utilisation d'une cupule à trous, ceux-ci doivent être orientés vers le haut (Figure 10). Il est important d'éviter d'endommager le revêtement de la cupule avec l'écarteur utilisé pour la mise en place dans le cotyle.

NOTE : La position de la cupule est cruciale dans la sélection de certains types d'inserts, car il n'existe pas de modèle à rebord dans toutes les tailles. Le positionnement correct de la cupule acétabulaire Trident minimise le risque de conflit, assure une stabilité optimale et une bonne congruence entre l'implant et la tête. Comme pour n'importe quelle prothèse acétabulaire, il faut éviter une verticalisation et/ou antéversion excessive de la cupule qui risquerait d'entraîner l'usure prématurée et/ou du bruit sur les surfaces du composant.

Figure 8

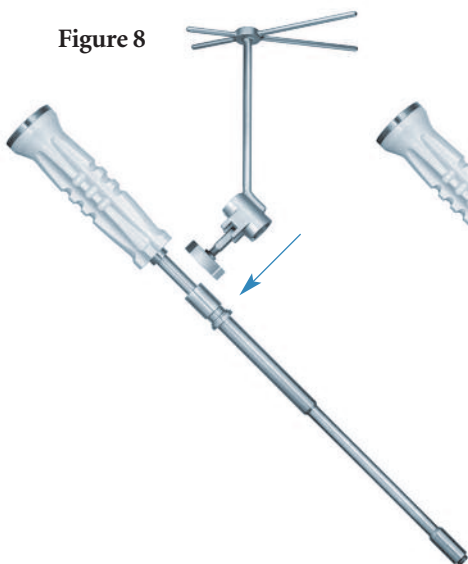


Figure 9

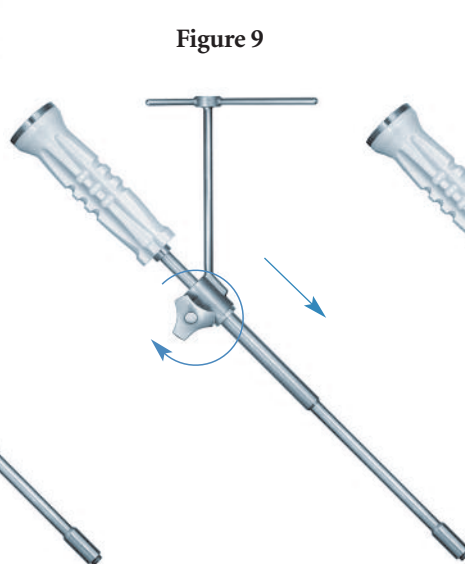
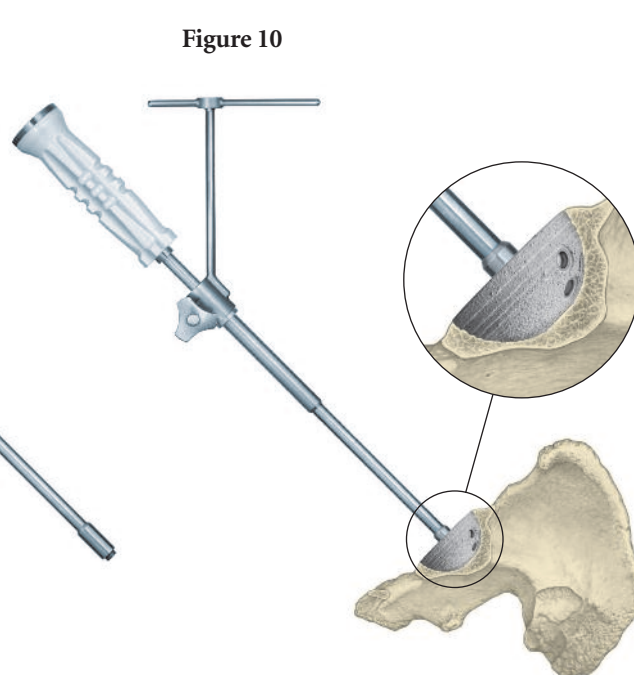


Figure 10



Étape 5 : Implantation de la cupule acétabulaire PSL HA (suite)

L'inclinaison recommandée de la cupule en métal est de 45° . Elle est obtenue en positionnant le guide d'alignement perpendiculairement à l'axe longitudinal du patient (**Figure 11**).

L'antéversion de la cupule est fixée à 20° environ. Elle est obtenue en orientant l'impacteur de manière à ce que la tige d'antéversion gauche/droite soit parallèle à l'axe longitudinal du patient (**Figure 12**). Impacter la cupule dans la cavité cotyloïdienne à l'aide d'un maillet jusqu'à ce qu'elle soit ancrée et stable. La vis papillon du guide d'alignement est alors desserrée et le guide retiré. Le manche de l'impacteur est ensuite dévissé avec précaution (**Figure 12**).

L'orifice apical de la cupule permet de vérifier le bon contact avec l'arrière-fond du cotyle. Si l'assise de la cupule est imparfaite, utiliser l'impacteur final *CuttingEdge* pour faciliter l'impaction de la cupule jusqu'à obtenir une assise parfaite dans la cavité cotyloïdienne préparée.

En cas d'utilisation de l'obturateur, vérifier que celui-ci est bien vissé dans la cupule pour éviter tout conflit avec l'insert.

Figure 11

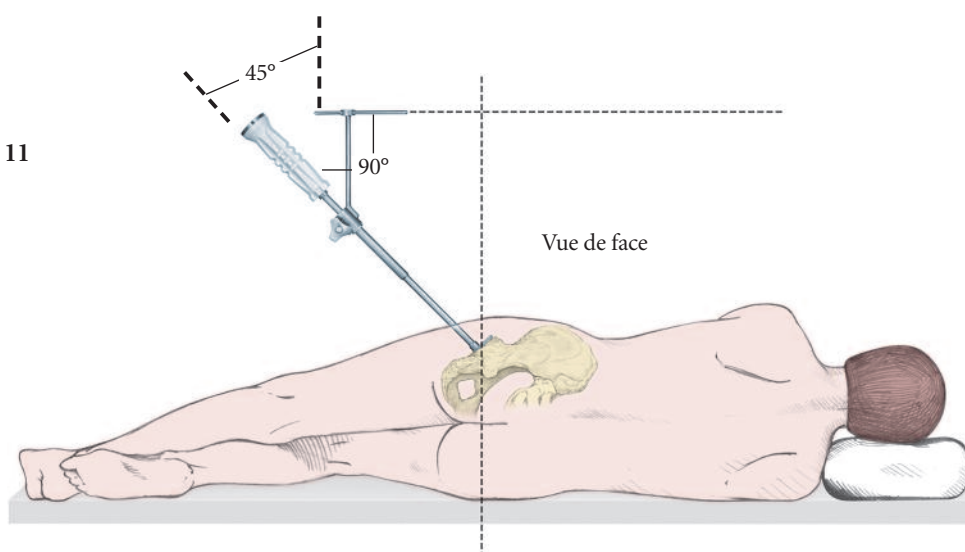
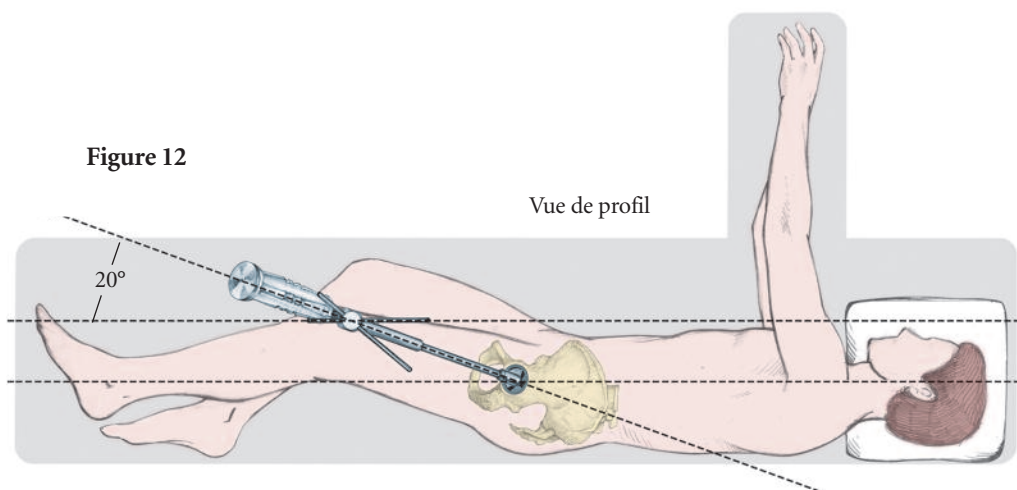


Figure 12



Étape 5A : Fixation par vis optionnelle

Si la fixation par vis a été choisie, seules les vis Torx de Stryker Orthopaedics peuvent être utilisées. Stryker Orthopaedics propose des vis pour os spongieux de 6,5 mm de diamètre disponibles en plusieurs longueurs (Tableau 3). Les vis pour os spongieux de Stryker Orthopaedics ne doivent être mises en place ou retirées qu'avec les instruments Stryker Orthopaedics prévus à cet effet.

Après avoir déterminé l'emplacement adéquat des vis de fixation, forer les trous à l'aide d'une mèche de diamètre 3,3 mm et du guide de perçage, à la profondeur souhaitée (Figure 13). Contrôler la profondeur des trous à l'aide d'un mesureur, choisir les vis de la taille appropriée et insérer les vis à l'aide d'un tournevis Stryker Orthopaedics à haut couple de serrage (Figure 14).

Une fois la vis implantée, vérifier que la tête de vis affleure la cupule afin d'essayer d'éviter une mauvaise assise de l'insert acétabulaire.

NOTE : Dans l'os dur, l'utilisation de vis de 6,5 mm préparées de manière courante dans le dôme de la cupule peut être difficile. L'utilisation d'un foret de 4,0 mm peut faciliter l'utilisation, sans compromettre l'utilisation des vis.

ATTENTION : Les mèches, vis ou tout autre instrument utilisé ne doivent en aucun cas dépasser la limite de la table interne du bassin. Une mauvaise orientation ou un mauvais positionnement des trous de vis, ou encore une mauvaise utilisation des vis elles-mêmes, peuvent avoir des conséquences préjudiciables.

ATTENTION : Ne pas appliquer un couple de serrage supérieur à 69 pouces/livre à la vis. Cette valeur ne peut être atteinte qu'en appliquant une force excessive et pourrait endommager la vis et le tournevis. Les vissages au moteur peuvent atteindre une telle valeur.

TABLEAU 3 : Vis pour os spongieux Stryker Orthopaedics de 6,5 mm

Longueur de vis (mm)	Référence catalogue
16	2030-6516-1
20	2030-6520-1
25	2030-6525-1
30	2030-6530-1
35	2030-6535-1
40	2030-6540-1
45	2030-6545-1
50	2030-6550-1
55	2030-6555-1
60	2030-6560-1

Figure 13

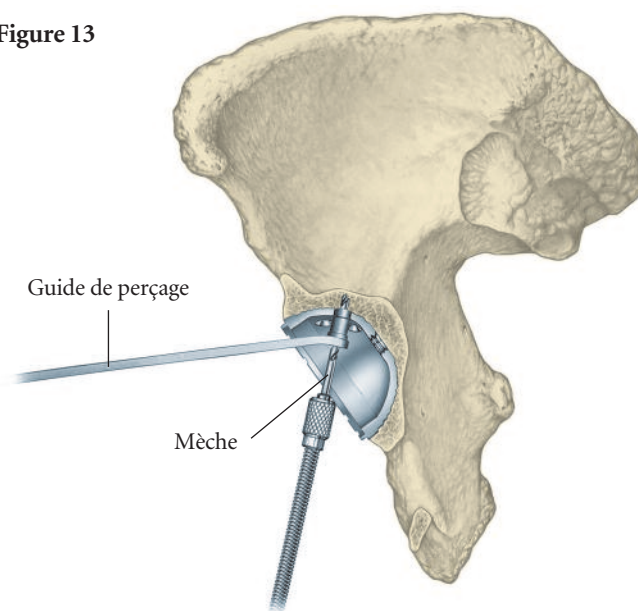
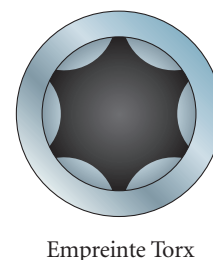


Figure 14



Étape 6 : Réduction avec l'insert d'essai

Après l'implantation de la cupule métallique, placer l'insert d'essai Trident dans la cupule Trident PSL HA. À ce stade, le patient doit réaliser une amplitude de mouvement complète en utilisant les tailles d'insert final sélectionnées (**Tableau 4**). Une évaluation de conflit en amplitudes de mouvements extrêmes devra être réalisée. Pour finir, la mécanique de la hanche devra être vérifiée en considérant une amplitude de mouvement cohérente avec les activités normales du patient. À ce stade, la laxité de l'articulation devra également être évaluée, en tenant compte du type d'anesthésie utilisée et de ses effets sur les tissus mous.

NOTE : Avec les inserts céramique/céramique, le conflit devra être évalué et évité pendant tous les mouvements même ceux d'amplitude extrême. Une trop grande laxité articulaire a également été associée à du bruit sur les couples céramique/céramique. Le conflit peut entraîner une augmentation de l'usure dans les systèmes métal/polyéthylène.

Étape 7 : Mise en place de l'insert

1. Sélectionner l'embout de positionnement en silicone de taille correspondant au diamètre interne de l'insert définitif choisi.
2. Monter l'embout sur le manche du positionneur/impacteur (**Figure 15**).

Instrument optionnel :

Positionneur/impacteur courbe : l'embout du positionneur en silicone peut être monté dans le manche du positionneur/impacteur courbe comme alternative au manche droit à utiliser avec les têtes de 22–36 mm.

3. Placer l'insert en polyéthylène ou en céramique dans l'embout du positionneur et presser fermement pour le fixer convenablement (**Figure 16**).

NOTE : Manipuler avec précaution les composants en céramique pendant le montage car ils sont fragiles. Tous les composants sont stérilisés et ne peuvent être stérilisés après ouverture.

4. L'intérieur de la cupule doit être parfaitement propre et exempt de tout débris tissulaire ou osseux risquant de gêner le verrouillage de l'insert dans la cupule.

TABLEAU 4 : Inserts d'essai Trident

●=0° (2200-XXX) et 10° (2210-XXX) ○=Rebord (2260-XXX)							
Alpha Code	22 mm	26 mm	28 mm	32 mm	36 mm	40 mm	44 mm
A	●		●*				
B	●		●*	●*			
C	●	●	●○	●*			
D	●	●	●○	●			
E	●	●	●○	●○	●○	●*	
F	●	●	●○	●○	●○	●*	●*
G	●	●	●○	●○	●○	●*	●*
H	●	●	●○	●○	●○	●*	●*
I	●	●	●○	●○	●○	●*	●*
J	●	●	●○	●○	●○	●*	●*

Inserts d'essai excentrés Trident 0° (2240-XXX) 10° (2250-XXX)		
Alpha Code	22 mm	26 mm
B	●**	
C	●	
D	●	●
E	●	●
F	●	●
G	●	●
H	●	●
I	●	●
J	●	●

* Disponible en 0° uniquement **Essai 10° B non disponible

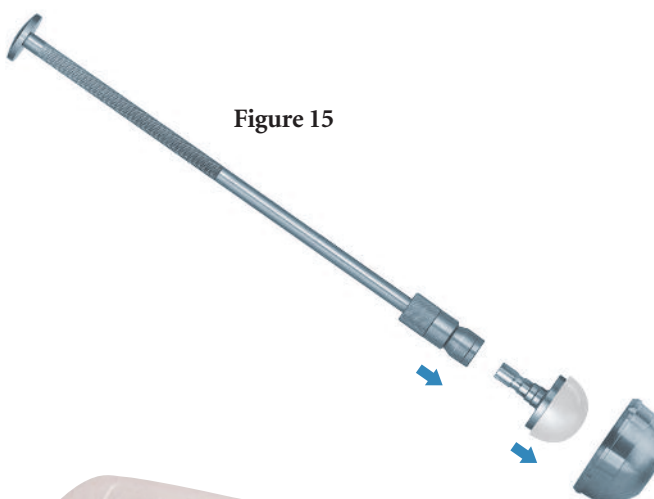


Figure 15

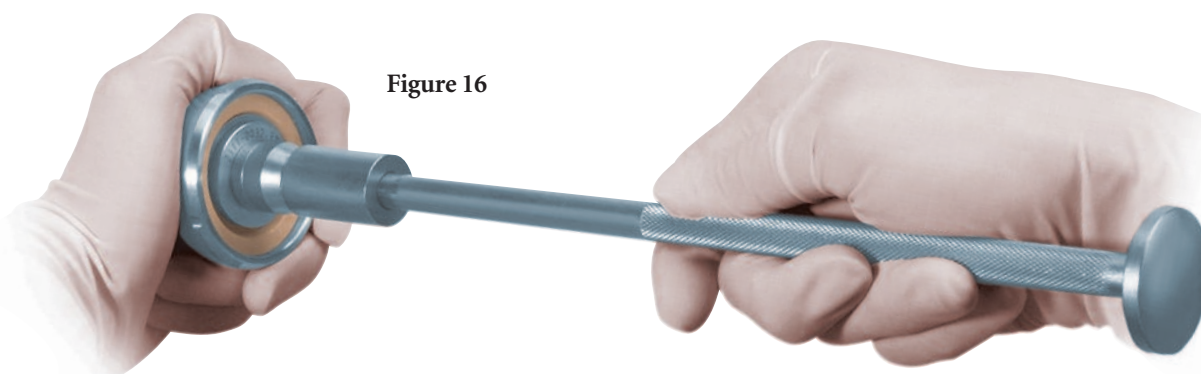


Figure 16

Étape 7 : Mise en place de l'insert définitif (suite)

5. Positionner avec précaution l'insert en céramique ou en polyéthylène dans la cupule en s'assurant que les encoches périphériques de l'insert sont parfaitement alignées avec la fente située sur le bord de la cupule (ceci correspond à la position initiale de l'insert, confirmée par les quatre ergots de référence). Tourner ensuite lentement l'insert jusqu'à la position finale de préverrouillage (Figure 17).

NOTE : Une bonne exposition des contours de la cavité cotyloïdienne permet de repérer facilement la fente de la cupule et les ergots de référence pour garantir le bon positionnement et l'assise correcte de l'insert.

6. Retirer l'embout de positionnement en silicone du manche du positionneur/impacteur.

7. Sélectionner la tête d'impaction de la taille adéquate.

8. Monter la tête d'impaction en plastique sur le manche du positionneur/impacteur.

9. Positionner le manche du positionneur/impacteur dans le diamètre interne de l'insert. Il doit être maintenu dans l'axe de la cupule. Appliquer fermement quatre coups de maillet sur le manche de l'impacteur pour caler l'insert dans la cupule.

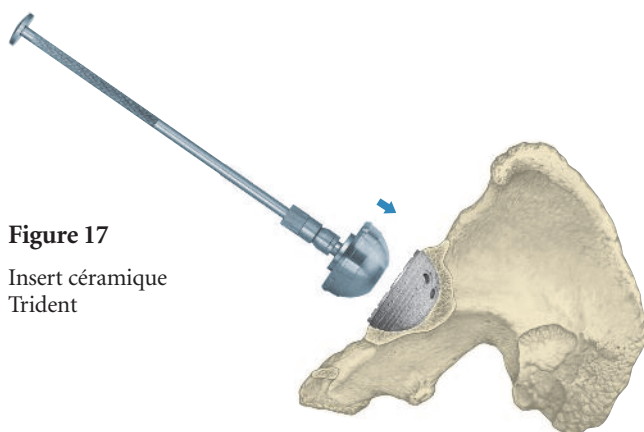
NOTE : Pour obtenir un verrouillage parfait de l'insert en céramique ou en polyéthylène dans la cupule, utiliser exclusivement des têtes d'impaction pour insert en plastique dur.

10. Vérifier que l'insert est bien calé et parfaitement aligné dans la cupule acétabulaire. Contrôler l'emboîtement des cônes en glissant un petit ostéotome à l'interface insert/cupule sur tout le pourtour de l'insert.

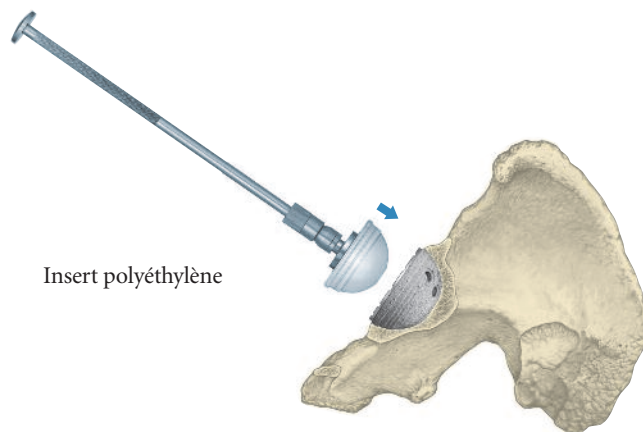
Comme pour toute interface modulaire soumise à des contraintes, il existe toujours un risque de micromouvements et donc de « fretting » (usure de frottement) et/ou de corrosion. Cependant, la conception du mécanisme de verrouillage Innerchange des insert Trident minimise les micromouvements à l'interface des cônes, ce qui devrait réduire le risque de corrosion.

Figure 17

Insert céramique Trident



Insert polyéthylène



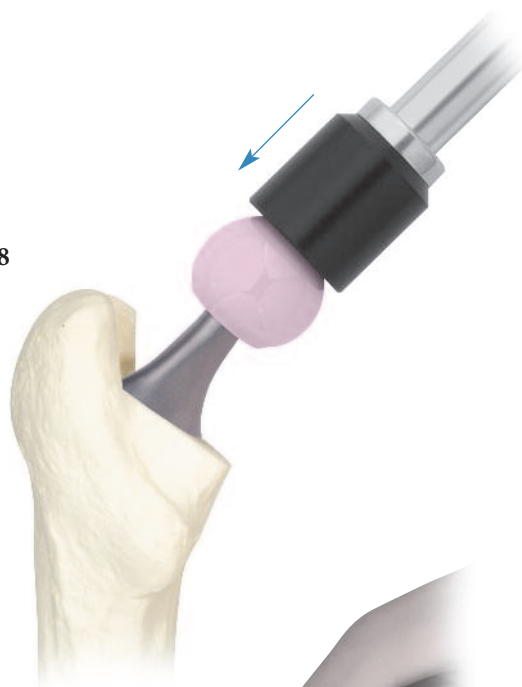
Étape 8 : Montage de la tête

Avant le montage de la tête, la longueur du col choisie doit être réévaluée au moyen de la tête d'essai à cône V40 ou cône C de Stryker. Placer la tête fémorale d'essai sur le cône de la tige et effectuer une réduction de la hanche afin de vérifier que la mécanique articulaire n'a pas été altérée du fait de l'assise de l'implant.

Retirer la tête fémorale d'essai et sécher le cône de l'implant à l'aide d'une éponge de laparotomie ou une compresse stérile.

Sélectionner la taille correspondante de la tête fémorale à cône V40 ou C, puis la placer sur le cône de la tige fémorale en la faisant légèrement tourner. Impacter la tête fémorale en appliquant deux coups modérés sur l'impacteur de tête (1104-1000) (Figure 18).

Figure 18



ÉTAPE FACULTATIVE

NOTE : Avec la tête fémorale céramique BIOLOX Delta Anatomique ou BIOLOX Delta Universelle, utiliser une bague d'adaptation universelle (Tableau 4).

TABLEAU 4 : Bagues d'adaptation universelles

Références des bagues d'adaptation universelles	Cône	Compatibilité des matériaux de tige
19-0XXXXT	Cône C	TMZF, Ti-Al6-4V, Cr-Co
6519-T-XXX	V40	TMZF, Ti-Al6-4V, Cr-Co

Une fois le processus d'essai achevé, monter **manuellement** en peropératoire la bague d'adaptation sur la tige fémorale. La bague d'adaptation universelle doit être parfaitement assise sur le cône de la tige avant de monter la tête fémorale (Figure 19).

NOTE : Il ne faut en aucun cas tenter de pré-assembler la bague d'adaptation à l'intérieur de la tête céramique universelle BIOLOX Delta Anatomique ou BIOLOX Delta Universelle.

Monter en peropératoire la tête céramique BIOLOX Delta Anatomique ou BIOLOX Delta Universelle sur la tige fémorale munie de la bague d'adaptation et appliquer un à trois coups modérés au moyen de l'impacteur de tête (1104-1000) (Figure 20). Il est important d'éviter d'appliquer des forces d'impaction excessives lors du montage de la tête céramique sur le composant fémoral muni de la bague.

Figure 19

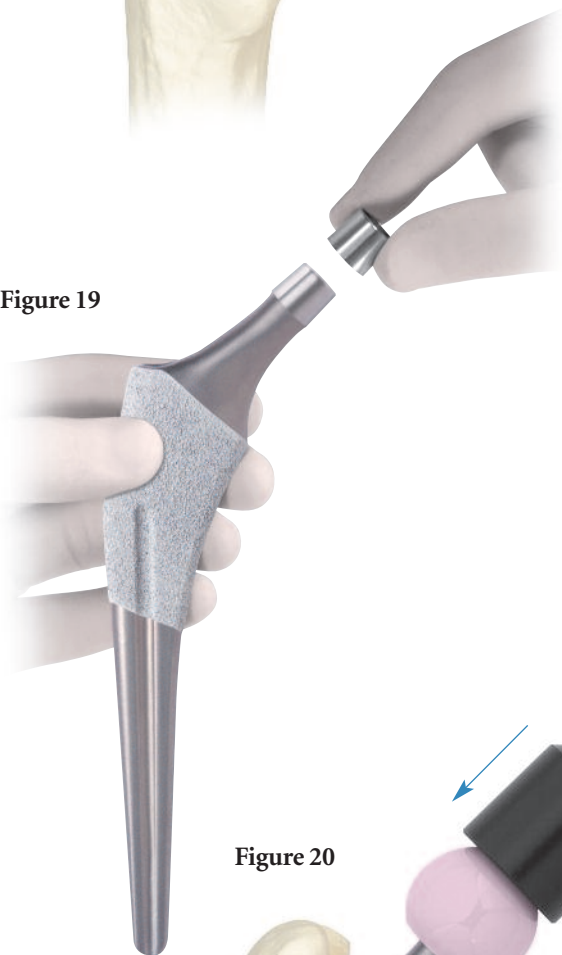
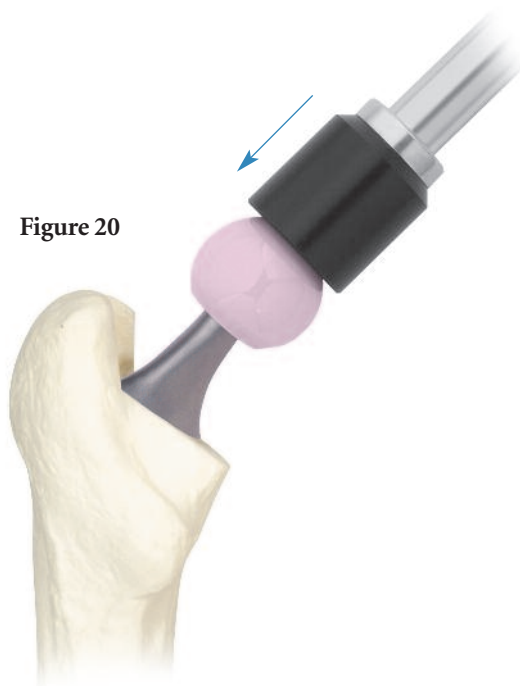


Figure 20



Extraction de l'insert et de la cupule

NOTE : Avant de changer un insert, un examen visuel doit être réalisé pour évaluer le mécanisme de verrouillage de la cupule. S'il est endommagé, il faudra également remplacer la cupule.

Extraction de l'insert en céramique

L'instrument d'extraction de l'insert en céramique Trident offre au chirurgien deux options pour l'extraction de l'insert en céramique de la cupule Trident.

Option 1 : « Tête plate »

Raccorder le manche à l'extrémité en T de l'instrument d'extraction. Insérer l'extrémité plate de l'instrument d'extraction entre la cupule et l'insert en céramique au niveau de l'une des quatre encoches du rebord de la cupule. Tout en appliquant une force régulière vers le centre de la cupule, tourner le manche en T (comme un tournevis) pour extraire l'insert en céramique (**Figure 21**). Il peut être nécessaire de répéter cette procédure au niveau des autres encoches pour parvenir à extraire l'implant.

Option 2 : « En L »

Insérer l'extrémité en L de l'instrument d'extraction entre la cupule et l'insert en céramique au niveau de l'une des quatre encoches du rebord de la cupule. Tout en appliquant une force régulière vers le centre de la cupule, lever l'instrument dans un plan tangent au bord externe de la cupule pour dégager l'insert en céramique (**Figure 22**). Il peut être nécessaire de répéter cette procédure au niveau des autres encoches pour parvenir à extraire l'insert. L'instrument d'extraction peut être fixé au manche du positionneur/impacteur pour augmenter l'effet de levier et la longueur pour les patients plus grands.

Figure 21

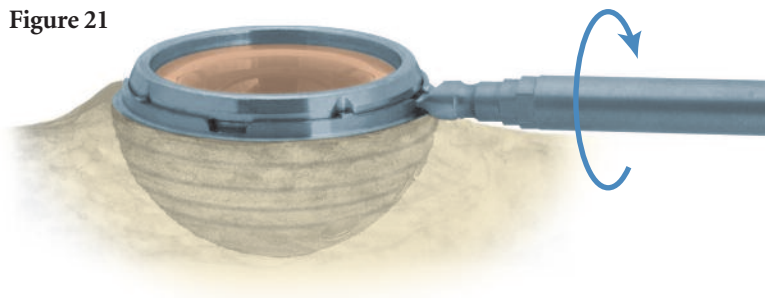
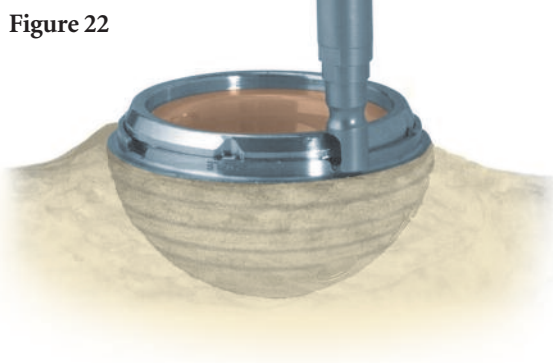


Figure 22

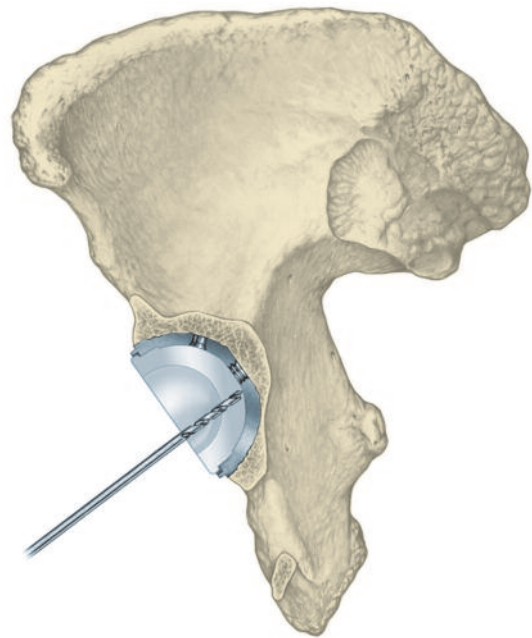


Extraction de l'insert et de la cupule (suite)

Extraction de l'insert en polyéthylène

Utiliser une mèche de 5 mm pour percer un trou excentré dans l'insert en polyéthylène. Utiliser le manche en T (1101-2100) pour visser l'instrument d'extraction de l'insert en polyéthylène (2112-0010) dans l'insert, puis avancer l'instrument jusqu'au contact avec la paroi interne de la cupule pour dégager l'insert (**Figures 23 et 24**).

Figure 23



Reprise de la cupule acétabulaire Trident avec un insert Trident

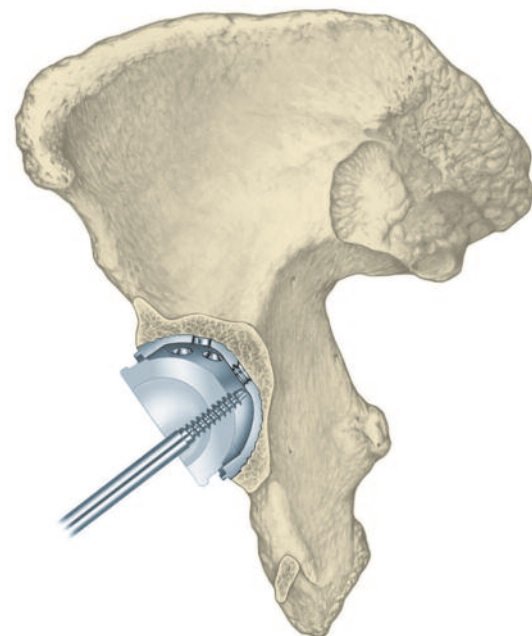
Si l'extraction de l'insert est nécessaire, il est possible d'insérer un nouvel insert Trident en céramique ou en polyéthylène dans la cupule acétabulaire Trident.

1. Extraire avec précaution l'insert Trident (voir instructions pages 12 et 13).
2. Les inserts d'essai Trident permettent d'estimer la position frontale de la cupule et de faire une vérification finale de la biomécanique de la hanche. Les insert en polyéthylène sont disponibles en différentes configurations et tailles, notamment 0, rebord de 10° et options d'insert contraint. Les insert en polyéthylène peuvent être orientés selon 12 positions différentes dans la cupule afin d'obtenir une stabilité articulaire optimale.
3. Procéder selon l'**étape 7 : Technique de mise en place** pour insérer le nouvel insert.

Extraction de la cupule

Si la cupule métallique doit être retirée, glisser un ostéotome ou une petite fraise le long du bord de la cupule pour la descendre (**Figure 24**). On peut également visser le positionneur universel CuttingEdge dans l'orifice apical de la cupule et à l'aide d'un maillet à fente glissé sur le manche du positionneur, retirer la cupule.

Figure 24



Extraction de la tête fémorale

L'instrument d'extraction de la tête fémorale est utilisé pour retirer la tête fémorale impactée. Avant d'impacter une nouvelle tête, inspecter soigneusement le cône de la tige, pour vérifier qu'il n'a subi aucun dommage. La nouvelle tête peut ensuite être fixée sur le cône de la tige et fixée au moyen de l'impacteur de tête.

Reprise des têtes en céramique et en céramique BIOLOX *Delta* à cône V40 ou C

Reprise d'une tête en céramique

En cas de reprise d'une tête fémorale en céramique, on ne peut utiliser une autre tête céramique car le cône de la tige existante a inévitablement subi une légère déformation lors de l'assemblage de la tête initiale. Si le chirurgien tient absolument à utiliser une tête céramique, il doit remplacer l'ensemble tige + tête. Si le chirurgien veut utiliser une tête métallique, il convient de remplacer l'insert en céramique par un insert en polyéthylène Trident de Stryker ou réviser l'ensemble du composant acétabulaire pour obtenir une alternative métal/polyéthylène.

S'il retire une tête en céramique et BIOLOX *Delta* V40 sur une tige bien fixée, la bague d'adaptation V40 (17-0000E) peut être utilisée pour transformer le cône V40 en cône C. Cela permet une reprise avec une nouvelle tête fémorale céramique sur un cône non abîmé. Consulter la documentation LCHS/DS pour obtenir des informations sur la technique opératoire.

Reprise d'une tête métallique

En cas de reprise d'une tête métallique, si la tige d'origine et son cône sont intacts, la tige fémorale d'origine n'a pas besoin d'être remplacée.

Reprise des têtes en céramique BIOLOX *Delta* Anatomique ou BIOLOX *Delta* Universelle

Si une reprise de la tête fémorale en céramique est nécessaire, retirer la tête céramique à l'aide de l'instrument de démontage de la tête fémorale (1118-6000 ou 6059-9-505 selon la taille de la tête fémorale – **Figures 25 et 26**) et retirer la bague d'adaptation universelle au moyen de l'adaptateur de démontage de bague de tête céramique (1118-1005). Si le chirurgien souhaite remettre une autre tête céramique BIOLOX *Delta* à cône universel disposer une nouvelle bague d'adaptation, universelle sur le cône de la tige, puis monter la tête céramique BIOLOX *Delta* à cône universel sur le cône de la tige muni de la bague. Si le chirurgien souhaite effectuer la reprise avec une tête céramique à cône V40 ou C ou chrome cobalt, placer la nouvelle tête fémorale directement sur le composant fémoral muni au préalable d'une bague.

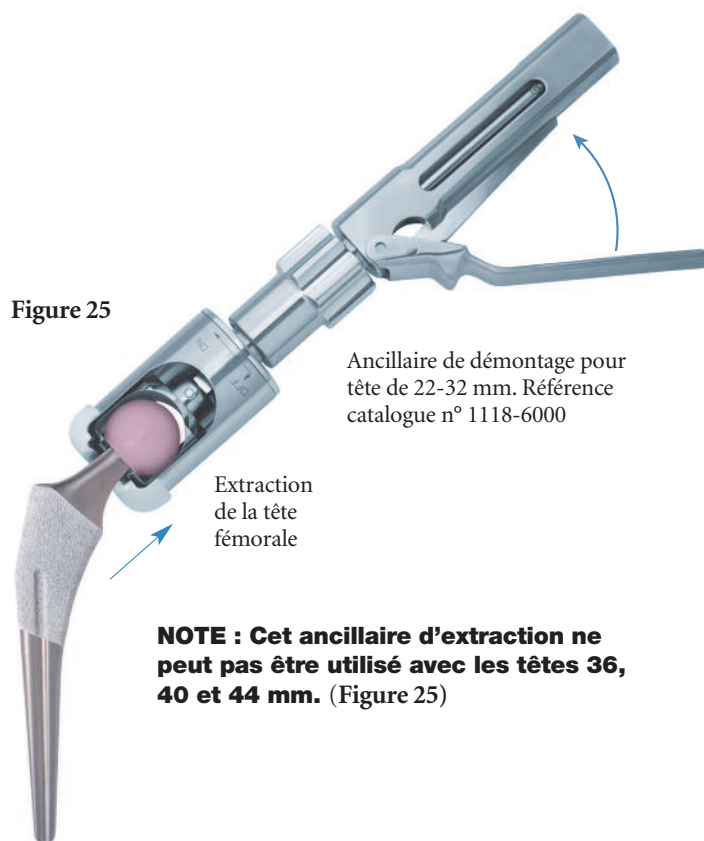


Figure 25

Ancillaire de démontage pour tête de 22-32 mm. Référence catalogue n° 1118-6000

Extraction de la tête fémorale

NOTE : Cet ancillaire d'extraction ne peut pas être utilisé avec les têtes 36, 40 et 44 mm. (Figure 25)

Figure 26



Ancillaire de démontage pour tête anatomique 36-44 mm
Référence catalogue n° 6059-9-505

Système acétabulaire PSL Trident

Référence catalogue

Cupules PSL HA Trident sans trou

Réf. catalogue implant	Taille cupule (mm)	Dia. bord (mm)	Réf. catalogue essai fenêtré
540-11-40A	40	41,8	2208-2040A
540-11-42B	42	43,8	2208-2042A
540-11-44C	44	45,8	2208-2044A
540-11-46D	46	47,8	2208-2046A
540-11-48D	48	49,8	2208-2048A
540-11-50E	50	51,8	2208-2050A
540-11-52E	52	53,8	2208-2052A
540-11-54F	54	55,8	2208-2054A
540-11-56F	56	57,8	2208-2056A
540-11-58G	58	59,8	2208-2058A
540-11-60G	60	61,8	2208-2060A
540-11-62H	62	63,8	2208-2062A
540-11-64H	64	65,8	2208-2064A
540-11-66I	66	67,8	2208-2066A
540-11-68I	68	69,8	2208-2068A
540-11-70J	70	71,8	2208-2070A
540-11-72J	72	73,8	2208-2072A

Cupules PSL HA Trident à trous

Réf. catalogue implant	Taille cupule (mm)	Dia. bord (mm)	Trous vis	Réf. catalogue essai fenêtré
542-11-40A	40	41,8	3	2208-2040A
542-11-42B	42	43,8	3	2208-2042A
542-11-44C	44	45,8	3	2208-2044A
542-11-46D	46	47,8	3	2208-2046A
542-11-48D	48	49,8	3	2208-2048A
542-11-50E	50	51,8	5	2208-2050A
542-11-52E	52	53,8	5	2208-2052A
542-11-54F	54	55,8	5	2208-2054A
542-11-56F	56	57,8	5	2208-2056A
542-11-58G	58	59,8	5	2208-2058A
542-11-60G	60	61,8	5	2208-2060A
542-11-62H	62	63,8	5	2208-2062A
542-11-64H	64	65,8	5	2208-2064A
542-11-66I	66	67,8	5	2208-2066A
542-11-68I	68	69,8	5	2208-2068A
542-11-70J	70	71,8	5	2208-2070A
542-11-72J	72	73,8	5	2208-2072A

Têtes céramique BIOLOX Delta à cône V40

Réf. catalogue	Diamètre (mm)	Offset (mm)	Réf. catalogue d'essai
6570-0-028	28	-4	6264-8-028
6570-0-328	28	-2,7	6264-8-328
6570-0-128	28	0	6264-8-128
6570-0-228	28	+4	6264-8-228
6570-0-032	32	-4	6264-8-032
6570-0-132	32	0	6264-8-132
6570-0-232	32	+4	6264-8-232
6570-0-036	36	-5	6264-8-036
6570-0-436	36	-2,5	6264-8-436
6570-0-136	36	0	6264-8-136
6570-0-536	36	+2,5	6264-8-536
6570-0-236	36	+5	6264-8-236
6570-0-736	36	+7,5	6264-8-736

Têtes céramique BIOLOX Delta à cône C

Réf. catalogue	Diamètre (mm)	Offset (mm)	Réf. catalogue d'essai
18-28-3	28	-2,5	1100-2897A
18-2800	28	0	1100-2800A
18-2825	28	+2,5	1100-2825A
18-2805	28	+5	1100-2805A
18-32-3	32	-2,5	1100-3297A
18-3200	32	0	1100-3200A
18-3225	32	+2,5	1100-3225A
18-3205	32	+5	1100-3205A
18-36-5	36	-5	1100-3699A
18-36-3	36	-2,5	1100-3697A
18-3600	36	0	1100-3600A
18-3625	36	+2,5	1100-3625A
18-3605	36	+5	1100-3605A
18-3675	36	+7,5	1100-3675A

Têtes CoCr à cône C LFIT

Réf. catalogue	Diamètre (mm)	Offset (mm)	Réf. catalogue essai
06-2200	22	0	1100-2200A
S-1400-HH22	22	+2,5	1100-2225A
06-2205	22	+5	1100-2205A
06-2210	22	+10	1100-2210A
06-2600	26	0	1100-2600A
S-1400-HH26	26	+2,5	1100-2625A
06-2605	26	+5	1100-2605A
S-1400-HH26	26	+7,5	1100-2675A
06-2610	26	+10	1100-2610A
06-2898	28	-3	1100-2898A
06-2800	28	0	1100-2800A
S-1400-HH28	28	+2,5	1100-2825A
06-2805	28	+5	1100-2805A
S-1400-HH28	28	+7,5	1100-2875A
06-2810	28	+10	1100-2810A
06-3299	32	-5	1100-3299A
S-1400-HH32	32	-2,5	1100-3297A
06-3200	32	0	1100-3200A
S-1400-HH32	32	+2,5	1100-3225A
06-3205	32	+5	1100-3205A
S-1400-HH32	32	+7,5	1100-3275A
06-3210	32	+10	1100-3210A

Têtes anatomiques CoCr à cône C LFIT

Réf. catalogue	Diamètre (mm)	Offset (mm)	Réf. catalogue essai
06-3699	36	-5	1100-3699A
06-3697	36	-2,5	1100-3697A
06-3600	36	+0	1100-3600A
06-3625	36	+2,5	1100-3625A
06-3605	36	+5	1100-3605A
06-3675	36	+7,5	1100-3675A
06-3610	36	+10	1100-3610A
06-4099	40	-5	1100-4099A
06-4097	40	-2,5	1100-4097A
06-4000	40	+0	1100-4000A
06-4025	40	+2,5	1100-4025A
06-4005	40	+5	1100-4005A
06-4075	40	+7,5	1100-4075A
06-4010	40	+10	1100-4010A
06-4499	44	-5	1100-4499A
06-4497	44	-2,5	1100-4497A
06-4400	44	+0	1100-4400A
06-4425	44	+2,5	1100-4425A
06-4405	44	+5	1100-4405A
06-4475	44	+7,5	1100-4475A

Têtes céramique BIOLOX Delta à cône universel

Réf. catalogue	Taille tête (mm)	Offset
6519-1-028	28	+0 mm
6519-1-032	32	+0 mm
6519-1-036	36	+0 mm
6519-1-040	40	+0 mm
6519-1-044	44	+0 mm

Têtes d'essai universelles

Cône	Réf. catalogue	Diamètre no. (mm)	Offset (mm)
C-Taper	1100-4497A	44	-2,5
C-Taper	1100-4425A	44	+2,5
V40	6264-8-728	28	-2,5
V40	6264-8-632	32	-2,5
V40	6264-3-236	36	+4,0
V40	6264-8-940	40	-2,5
V40	6264-8-944	44	-2,5

Bagues d'adaptation universelles - Titane

Cône	Réf. catalogue	Offset
C-Taper	19-0325T	-2,5 mm
C-Taper	19-0000T	+0 mm
C-Taper	19-0025T	+2,5 mm
C-Taper	19-0005T	+5 mm
V40	6519-T-025	-2,5 mm
V40	6519-T-100	+0 mm
V40	6519-T-204	+4 mm

Têtes CoCr à cône V40 LFIT

Réf. catalogue	Diamètre (mm)	Offset (mm)	Réf. catalogue essai
6260-9-122	22	0	6264-8-122
6260-9-222	22	+3	6264-8-222
6260-9-322	22	+8	6264-8-322
6260-9-026	26	-3	6264-8-026
6260-9-126	26	0	6264-8-126
6260-9-226	26	+4	6264-8-226
6260-9-326	26	+8	6264-8-326
6260-9-426	26	+12	6264-8-426
6260-9-028	28	-4	6264-8-028
6260-9-128	28	0	6264-8-128
6260-9-228	28	+4	6264-8-228
6260-9-328	28	+8	6264-8-328
6260-9-428	28	+12	6264-8-428
6260-9-032	32	-4	6264-8-032
6260-9-132	32	0	6264-8-132
6260-9-232	32	+4	6264-8-232
6260-9-332	32	+8	6264-8-332
6260-9-432	32	+12	6264-8-432

Têtes anatomiques CoCr à cône V40 LFIT

Réf. catalogue	Diamètre (mm)	Offset (mm)	Réf. catalogue essai
6260-9-036	36	-5	6264-8-036
6260-9-136	36	+0	6264-8-136
6260-9-236	36	+5	6264-8-236
6260-9-336	36	+10	6264-8-336
6260-9-040	40	-4	6264-8-040
6260-9-140	40	+0	6264-8-140
6260-9-240	40	+4	6264-8-240
6260-9-340	40	+8	6264-8-340
6260-9-440	40	+12	6264-8-440
6260-9-044	44	-4	6264-8-044
6260-9-144	44	+0	6264-8-144
6260-9-244	44	+4	6264-8-244
6260-9-344	44	+8	6264-8-344
6260-9-444	44	+12	6264-8-444

Têtes céramique d'alumine à cône V40

Réf. catalogue	Diamètre (mm)	Offset (mm)	Réf.
6565-0-028	28	-2,7	6264-8-928
6565-0-128	28	+0	6264-8-128
6565-0-228	28	+4	6264-8-228
6565-0-032	32	-4	6264-8-032
6565-0-132	32	+0	6264-8-132
6565-0-232	32	+4	6264-8-232
6565-0-036	36	-5	6264-8-036
6565-0-136	36	+0	6264-8-136
6565-0-236	36	+5	6264-8-236

Têtes céramique d'alumine à cône C

Réf. catalogue	Diamètre (mm)	Offset (mm)	Réf. catalogue d'essai
17-28-3E	28	-2,5	1100-2897A
17-2800E	28	+0	1100-2800A
17-2805E	28	+5	1100-2805A
17-32-3E	32	-2,5	1100-3297A
17-3200E	32	+0	1100-3200A
17-3205E	32	+5	1100-3205A
17-36-5E	36	-5	1100-3699A
17-3600E	36	+0	1100-3600A
17-3605E	36	+5	1100-3605A

La bague d'adaptation V40 (réf. catalogue 17-0000E) permet d'utiliser les têtes en céramique à cône C avec les cônes V40 Stryker.

2111-0000B

Manche du positionneur/impacteur

1440-1300

Manche du positionneur/impacteur courbe

Embouts du positionneur d'insert en silicone

2111-0022	22 mm
2111-0026	26 mm
2111-0028	28 mm
2111-0032	32 mm
2111-0036	36 mm
2111-0040	40 mm
2111-0044	44 mm

Embouts de l'impacteur d'insert en plastique

2111-3022	22 mm
2111-3026	26 mm
2111-3028	28 mm
2111-3032	32 mm
2111-3036	36 mm
2111-3040	40 mm
2111-3044	44 mm

1118-6000

Ancillaire de démontage de tête 22 mm – 32 mm

6059-9-505

Ancillaire de démontage de tête anatomique
36 mm-44 mm

1118-1005

Adaptateur de démontage de bague pour tête en
céramique

1101-2100

Manche en T

2102-0003

Adapteur Hudson-Stryker

2102-0410

Manche portefraise acétabulaire

2112-0000

Extracteur d'insert céramique

2112-0010

Extracteur d'insert polyéthylène

2101-0200

Manche de positionneur/impacteur de cupule
CuttingEdge

2101-0210

Guide d'inclinaison/antéversion
CuttingEdge

Fraises acétabulaires CuttingEdge

2102-0438	38 mm
2102-0439	39 mm
2102-0440	40 mm
2102-0441	41 mm
2102-0442	42 mm
2102-0443	43 mm
2102-0444	44 mm
2102-0445	45 mm
2102-0446	46 mm
2102-0447	47 mm
2102-0448	48 mm
2102-0449	49 mm
2102-0450	50 mm
2102-0451	51 mm
2102-0452	52 mm
2102-0453	53 mm
2102-0454	54 mm
2102-0455	55 mm
2102-0456	56 mm
2102-0457	57 mm
2102-0458	58 mm
2102-0459	59 mm
2102-0460	60 mm
2102-0461	61 mm
2102-0462	62 mm
2102-0463	63 mm
2102-0464	64 mm
2102-0465	65 mm
2102-0466	66 mm
2102-0467	67 mm
2102-0468	68 mm
2102-0469	69 mm
2102-0470	70 mm
2102-0471	71 mm
2102-0472	72 mm

Modèles :

LTEM59B Trident PSL

LTEM60B Trident hémisphérique

Cupule d'essai fenêtrée universelle Trident

2208-2040A	40 mm
2208-2042A	42 mm
2208-2044A	44 mm
2208-2046A	46 mm
2208-2048A	48 mm
2208-2050A	50 mm
2208-2052A	52 mm
2208-2054A	54 mm
2208-2056A	56 mm
2208-2058A	58 mm
2208-2060A	60 mm
2208-2062A	62 mm
2208-2064A	64 mm
2208-2066A	66 mm
2208-2068A	68 mm
2208-2070A	70 mm
2208-2072A	72 mm
2208-2074A	74 mm

Boîtes de rangement

2402-0020

Boîte de rangement (sans couvercle, ni plateau)

2402-0090

Couvercle

2402-0040

Plateau supérieur : inserts d'essai (0° et 10°)

2402-0060

Plateau intermédiaire : essais fenêtrés
universels

2402-0080

Plateau inférieur : plateau de préparation

2402-1000

Boîte de stérilisation tête anatomique LFIT V40

2402-1020

Plateau d'instruments têtes anatomiques LFIT
V40

8000-0150

Couvercle de boîte de stérilisation têtes
anatomiques LFIT

2402-1010

Boîte de stérilisation têtes anatomiques LFIT cône C

2402-1030

Plateau d'instruments têtes anatomiques LFIT
cône C

8000-0150

Couvercle de boîte de stérilisation têtes
anatomiques LFIT

Kit d'instruments vis osseuses Strylaer Orthopaedics

Vis osseuse hanche

2230-0010

Kit de vis de solidarisation pour insert
acétabulaire

Contient 5 vis et bagues de solidarisation. (le kit de
vis de solidarisation est en option ; les vis sont
prémontées sur les insert d'essai excentrés et
contraints.

Boîtes de rangement et plateaux pour inserts excentrés/contraints (pour essais uniquement)

Les boîtes de rangement sont disponibles avec un ou
deux niveaux. La boîte de rangement à deux niveaux
permet de ranger le plateau pour inserts d'essai
contraints 10° et le plateau d'inserts d'essai excentrés.

8000-0200

Boîte de rangement à deux niveaux

8000-0100

Boîte de rangement à un niveau

2402-1100

Plateau pour inserts d'essai contraints
Trident 10°

2402-3020

Plateau pour inserts d'essai Trident 0° et
contraints tout polyéthylène

2402-3090

Couvercle de plateau d'inserts d'essai Trident
0° et contraints tout polyéthylène

Prothèses Articulaires

Traumatologie, Extrémités & Déformations

Rachis

Chirurgie Cranio-Maxillo-Faciale

Biotech

Accessoires Chirurgicaux

Neurologie & ORL

Traitement de la Douleur

Navigation

Endoscopie

Communications

Imagerie Médicale

Chariots et Brancards

Équipement d'Urgence

Le présent document est destiné exclusivement à l'usage des professionnels de la santé.

Un professionnel de la santé doit toujours se baser sur son propre jugement professionnel et clinique lorsqu'il décide d'utiliser tel ou tel produit pour traiter un patient déterminé. Stryker ne dispense pas de conseils médicaux et recommande que les chirurgiens soient formés à l'utilisation de tout produit spécifique avant son utilisation dans une intervention chirurgicale.

Les informations données sont destinées à présenter l'étendue des possibilités offertes par les produits Stryker. Les chirurgiens doivent dans tous les cas consulter la notice, l'étiquette d'identification du produit et/ou le manuel d'utilisation incluant les instructions de nettoyage et de stérilisation (si applicable) avant d'employer tout produit Stryker.

Il est possible que certains produits ne soient pas disponibles sur tous les marchés, étant donné que la disponibilité des produits est sujette aux pratiques réglementaires et/ou médicales en vigueur dans les marchés respectifs. Veuillez contacter votre représentant Stryker si vous avez des questions concernant la disponibilité des produits Stryker dans votre région.

Stryker Corporation ou ses divisions ou d'autres entités corporatives apparentées possèdent, utilisent ou ont sollicité les marques commerciales ou marques de service suivantes : **CuttingEdge LFIT, PSL, Stryker, Trident, Tritanium, V40, X3**. Toutes les autres marques commerciales sont des marques appartenant à leurs propriétaires ou titulaires respectifs.

Les produits répertoriés ci-dessus sont marqués CE selon la Directive Européenne des Dispositifs Médicaux.

Distribué par :

Stryker France SAS
ZAC - Avenue de Satolas Green
Pusignan, 69330
France
t : +33 4 72 45 36 00
f : +33 4 72 45 36 99
www.stryker.fr

NV Stryker SAS
Ikaros Business Park
Ikaroslaan 12
Zaventem, Brussels, 1930 Belgique
t : +32 2 717 92 10
f : +32 2 717 92 79
www.stryker.be

Stryker Osteonics SA
Dr. Homer Stryker Strasse 1
2545 Selzach
Suisse
t : +41 32 641 6-950
f : +41 32 641 6-955
www.stryker.ch

