

stryker®

# ACCOLADE II

Tige fémorale

Technique  
chirurgicale



## INDICATIONS

Les indications pour l'utilisation des arthroplasties totales de hanche comprennent notamment les suivantes :

- Affection articulaire dégénérative non inflammatoire, y compris coxarthrose et nécrose avasculaire ;
- Polyarthrite rhumatoïde ;
- Correction d'une déformation fonctionnelle ;
- Procédures de reprise si d'autres traitements ou dispositifs ont échoué ; et
- Fractures du col du fémur non consolidées, et fractures trochantériennes du fémur proximal avec implication de la tête, qui ne peuvent pas être prises en charge au moyen d'autres techniques.

*Indication supplémentaire spécifique à l'utilisation des tiges fémorales ACCOLADE II avec des inserts contraints Howmedica Osteonics compatibles :*

- Quand la tige doit être utilisée avec des inserts contraints Howmedica Osteonics compatibles, le dispositif est destiné à une utilisation chez des patients nécessitant une intervention primaire ou de révision et présentant un haut risque de luxation de la hanche due à des antécédents de luxation antérieure, perte osseuse, laxité des tissus mous, maladie neuromusculaire ou instabilité peropératoire.

Les tiges fémorales ACCOLADE II sont réservées à une utilisation sans ciment uniquement et sont prévues pour des procédures d'arthroplastie totale et d'hémi-arthroplastie de la hanche.

## CONTRE-INDICATIONS

- Infection active ou suspicion d'infection latente dans ou autour de l'articulation de la hanche ;
- Capital osseux inadapté au support ou à la fixation de la prothèse ;
- Immaturité du squelette ;
- Tout trouble mental ou neuromusculaire qui engendrerait un risque inacceptable d'instabilité de la prothèse, de défaillance de la fixation ou de complications postopératoires ; et
- Obésité. Un patient en surpoids ou obèse peut induire des charges sur l'implant, lesquelles sont susceptibles d'aboutir à une rupture de la fixation du dispositif ou du dispositif lui-même.

## MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Pour obtenir des informations sur les mises en garde, les précautions, les effets indésirables et d'autres données essentielles sur les produits, consultez la notice.

Avant d'utiliser les instruments ACCOLADE II, assurez-vous que :

- Les instruments aient été correctement démontés avant le nettoyage et la stérilisation ;
- Les instruments aient été correctement assemblés après la stérilisation ;
- Les instruments aient conservé leur intégrité de conception ; et,
- Les configurations de tailles appropriées soient disponibles.

## SOMMAIRE

Planification pré-opératoire . . . . .	2
Ostéotomie du col du fémur . . . . .	3
Préparation du canal fémoral . . . . .	4-5
Mise en place de la râpe. . . . .	6-7
Réduction d'essai. . . . .	8-9
Mise en place de la tige . . . . .	10-11
Réduction finale . . . . .	12
Informations sur les implants . . . . .	13
Instrumentation. . . . .	14-17

*Pour obtenir les instructions de nettoyage et de stérilisation des instruments chirurgicaux, consultez la notice correspondante.*

# ACCOLADE II

## Tige fémorale

La tige fémorale ACCOLADE II est une tige fémorale destinée à une application « Press-Fit » sans ciment. La région proximale de la tige est revêtue de PureFix HA sur un substrat projeté par plasma en titane commercialement pur. La courbure morphométrique — une évolution de la courbure conique — est caractérisée par sa courbure interne spécifique à la taille, variable. La tige fémorale ACCOLADE II est adaptée à différentes voies d'abord chirurgicales, y compris la voie d'abord antérieure directe.

Le système complet comprend :

- 12 tailles de tige allant de la taille 0 à la taille 11
- Deux options d' « offset » (latéralisation) anatomique pour chaque taille

La tige est conçue pour une utilisation avec des têtes fémorales Stryker V40 et leurs composants acétabulaires compatibles.

Le système de prothèse de hanche ACCOLADE II comprend une plate-forme d'instruments basée sur le système de râpes majoritairement, qui s'adapte à toutes les voies d'abord chirurgicales et a été rationalisée en vue de l'efficacité chirurgicale.

## Technique chirurgicale

Stryker Orthopaedics souhaite remercier les chirurgiens orthopédiques suivants ayant participé activement au développement de la Technique Chirurgicale du Système ACCOLADE II :

Dr. Richard Rothman  
Dr. Dermot Collopy  
Dr. David Jacofsky  
Dr. Frank Kolisek  
Dr. Art Malkani

La présente publication expose en détail les procédures d'utilisation recommandées pour les dispositifs et instruments Stryker Orthopaedics. Vous y trouverez des consignes à respecter mais, comme pour n'importe quel guide technique de ce type, le chirurgien reste seul juge de la nécessité d'adapter le geste chirurgical à chaque cas spécifique.



# ÉTAPE 1

## PLANIFICATION PRÉ-OPÉRATOIRE

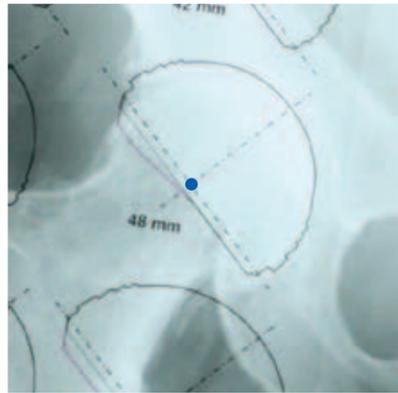


Figure 1

La planification pré-opératoire permet de déterminer le type et la taille d'implant à utiliser. La planification pré-opératoire doit tenir compte de facteurs qualitatifs et quantitatifs (y compris la qualité, la densité et la morphologie osseuses du patient) afin d'évaluer et de sélectionner le système d'implant et les instruments appropriés à chaque patient.

Placer un calque acétabulaire sur la zone indiquée sur le cliché (Figure 1). S'assurer que la cupule soit bien centrée à l'intérieur de l'acétabulum et que la taille comble l'espace entre le fond de cotyle et le bord supérieur. Après planification de la taille de l'acétabulum, marquer le centre de rotation (représenté par le point bleu).



Figure 2

Le système ACCOLADE II offre deux options d'« offset » (latéralisation) l'angle du col 132° à offset standard et l'angle du col 127° à offset important. Choisir le calque ACCOLADE II pour lequel la taille de la tige permet un engagement cortical médio-latéral au niveau des deux tiers proximaux de la tige et redéfinir la longueur de membre et l'« offset » (latéralisation) désirés (Figure 2). Pour chacune des deux options d'« offset » (latéralisation) 132° et 127°, le calque comporte des repères qui indiquent le centre de la tête fémorale pour une gamme d'options d'« offset » (latéralisation) de la tête.

Déterminer le changement prévu de la longueur de membre et de l'« offset » (latéralisation) par le positionnement relatif des repères du centre de rotation sur les composants fémur et acétabulum. Par exemple, si le repère du centre de rotation d'un composant fémoral donné est supérieur au repère du centre de rotation du composant acétabulaire, prévoir l'allongement du membre. Déterminer le changement désiré de la longueur du membre par l'inégalité de la longueur du membre sur la radiographie qui a été précédemment déterminée. S'il faut 8 mm d'allongement du membre pour égaliser les longueurs du membre, il convient de positionner le repère du centre de rotation du composant fémoral à un niveau supérieur de 8 mm au repère du centre de rotation du composant acétabulaire. Choisir



Figure 3

la taille de la tige et l'« offset » (latéralisation) de tête qui répondent le plus précisément à cet objectif. Envisager le changement prévu de l'« offset » (latéralisation) également en comparant la position interne/latérale relative des repères du centre de rotation des composants fémoraux et acétabulaire. Utiliser les calques pour estimer les composants définitifs qui rétablissent le plus précisément l'« offset » (latéralisation) normal de la hanche du patient.

Une fois que la taille et la position définitives estimées de la tige ont été déterminées, il est recommandé de consigner le niveau de résection du col (Figure 3). Celui-ci sera utilisé comme référence lors de la résection du col en salle opératoire.



### Conseils

**Richard H. Rothman, M.D.**  
La mise en place de calques est un aspect important de la planification pré-opératoire, mais elle ne doit servir que de guide. La prise de décision finale concernant l'adaptation, la taille et la tension des tissus mous s'effectue lors de l'intervention.



### Conseils

**David Jacofsky, M.D.**  
Il se peut que la taille de la tige et le niveau de résection du col planifiés nécessitent un ajustement si la longueur du membre ne peut être prise en charge exclusivement en changeant l'« offset » (latéralisation) de la tête ou l'angle du col.



### Calques

**ACCOLADE II**  
Calques en acétate  
Lit# LTEM105



Les calques en acétate comprennent un agrandissement de 20 %.

# ÉTAPE 2

## OSTÉOTOMIE DU COL DU FÉMUR



Figure 4

Le niveau de l'ostéotomie a une influence directe sur la mise en place et l'adaptation finales de la tige fémorale. L'ostéotomie pré-planifiée est pratiquée à l'aide d'une scie oscillante et du guide de résection du col en se basant sur les repères anatomiques identifiés lors de la planification radiologique pré-opératoire. Le guide aide le chirurgien à déterminer l'orientation et la mise en place correctes de la tige. Après une planification pré-opératoire minutieuse, placer le guide de résection du col sur la face antéro/postérieure du fémur proximal exposé et marquer au bistouri électrique le niveau d'ostéotomie planifié. Il est très important que le guide soit parfaitement axé (Figure 4).



### Instrument

**Guide de résection du col**  
1020-1100



# ÉTAPE 3

## PRÉPARATION DU CANAL FÉMORAL

Afin d'assurer une orientation finale correcte de la tige, effectuer de préférence une encoche latérale pendant la préparation de l'implant. La rétraction du muscle moyen fessier et le retrait de l'os cortical latéral au niveau de l'insertion de la fossette digitale permettront une introduction axiale réelle des instruments et de l'implant. Il est possible d'utiliser l'ostéotome modulaire ou une pince gouge pour retirer l'os de cette zone (Figure 5).



Figure 5



### Conseils

**Art Malkani, M.D.**  
Retirer l'os cortical latéral au niveau de la fossette digitale pour obtenir l'adaptation proximale idéale et pour minimiser le risque de sous-dimensionnement et/ou de mise en place en varus du composant fémoral.



Figure 6

Le système de prothèse de hanche ACCOLADE II est un système recourant uniquement à un système de râpes. Bien que l'utilisation d'un alésoir initial soit justifiée, l'utilisation des alésoirs cylindriques n'est pas nécessaire pour préparer le canal fémoral. Utiliser l'alésoir initial avec la poignée en T pour ouvrir le canal fémoral et pour déterminer l'orientation de l'axe fémoral. La conception conique permet l'accès au canal et des graduations sont présentes le long des cannelures, ce qui permet d'obtenir une référence lors de l'insertion dans le canal. Faire avancer l'alésoir initial dans le canal fémoral jusqu'à la profondeur à laquelle la première graduation se trouve alignée sur la face interne de l'ostéotomie (Figure 6).

Une légère pression latérale sur l'alésoir au cours de l'opération permettra de préparer le canal fémoral dans l'orientation neutre de l'implant.



### Remarque :

Il est très important de ne pas enfoncer l'alésoir initial en-deçà de la première graduation afin de permettre une fixation press fit correcte de l'implant.



### Instruments

**Ostéotome modulaire**  
1601-1210



**Poignée modulaire orthonomique**  
1020-2900



**Maillet**  
1120-1000



**Alésoir initial**  
1020-1200



**Poignée en T orthonomique**  
1101-2200



# ÉTAPE 4

## MISE EN PLACE DE LA RÂPE



Figure 7

Effectuer ensuite la mise en place de la râpe en commençant avec une râpe taille 0. La râpe doit être orientée par rapport à l'axe longitudinal de la forme oblongue définie par l'ostéotomie (Figure 7).



### Remarque :

Les râpes ACCOLADE II peuvent être correctement identifiées de plusieurs manières.

- 1) La taille de la râpe est gravée dans un emplacement carré à la fois sur les côtés antérieur et postérieur de la râpe.
- 2) La taille est indiquée au-dessus de l'ergot de la râpe.
- 3) L'extrémité latérale distale de la râpe est polie.
- 4) Référence 1020-52xx



### Remarque :

Les râpes Accolade et ACCOLADE II ne peuvent pas être utilisés de façon interchangeable.



### Conseils

**Art Malkani, M.D.**  
Pendant la mise en place de la râpe, placer le biais latéral sur la râpe pour combler le fémur proximal et minimiser le sous-dimensionnement de l'implant.



Figure 8

Mettre en place la râpe en commençant avec la plus petite taille de râpe et en poursuivant avec des râpes de taille croissante jusqu'à ce que la taille correcte soit déterminée. Pour s'assurer de la bonne adaptation et de la taille définitive, le chirurgien se base notamment sur : 1.) un son aigu au niveau des coups portés à l'aide du maillet sur le manche porte-râpe ; 2.) une augmentation de la résistance à l'impaction ; 3.) une absence totale de mouvement.

Deux rainures sur les surfaces antérieure et postérieure de la râpe servent de point de référence pour aider le chirurgien à visualiser la râpe qui avance dans le fémur (Figure 8).

Se baser uniquement sur la hauteur de coupe du col pour la hauteur d'implantation définitive est insuffisant pour déterminer une taille correcte et une fixation adéquate du composant.

La râpe définitive doit être en contact étroit avec les corticales interne et externe du canal médullaire (Figure 9).



### Conseils

**Art Malkani, M.D.**  
La stabilité en rotation doit être évaluée à ce moment précis en appliquant une contrainte de torsion au manche porte-râpe. S'il y a un mouvement de rotation, ajuster encore la râpe ou bien choisir la râpe de la taille supérieure suivante.



### Conseils

**Frank Kolisek, M.D.**  
Si la râpe et/ou la tige s'arrêtent au-dessus ou en-deçà de l'ostéotomie initiale, évaluer à nouveau la longueur de membre et la tension des tissus mous lors des essais peropératoires. Ne pas forcer la râpe et/ou la tige jusqu'au niveau de coupe. Cela augmente le risque de fracture du fémur proximal.

En règle générale, si le sommet de la râpe n'atteint pas le plan de coupe, passer à la râpe de taille supérieure. Si l'ostéotomie est jugée plus haute que ce qui est désiré, retirer la râpe et pratiquer une nouvelle ostéotomie à un niveau inférieur.



Figure 9

Pour garantir la bonne fixation de l'implant, la râpe doit rester parfaitement axée. En règle générale, la rotation de la râpe entraîne son auto-alignement.

Une fois que la taille et la profondeur définitives de la râpe aient été déterminées, détacher le manche porte-râpe de la râpe, pour laisser la râpe parfaitement ajustée dans le canal fémoral.



### Conseils

**Frank Kolisek, M.D.**  
La planification pré-opératoire sert de guide. Ne pas taper sur la râpe si la taille planifiée n'a pas été atteinte.

## ÉTAPE FACULTATIVE



Figure 10A

Assembler la fraise à calcar sur l'adaptateur de fraise. Guider la fraise à calcar sur l'ergot de la râpe pour assurer un alignement stable de la fraise à calcar avec l'ergot et sa stabilité. Mettre sous tension avant le contact avec le fémur et faire avancer lentement la fraise à calcar vers la râpe en exerçant une force continue jusqu'à ce que la butée fixe sur la fraise à calcar se trouve en contact avec la face de la râpe, ensuite retirer l'os (Figure 10A). Si les instructions d'utilisation de la fraise à calcar énoncées ci-dessus ne sont pas respectées, le fémur risque d'être endommagé.



Figure 10B

Si la fraise à calcar ne peut pas engager parfaitement l'ergot de la râpe (Figure 10B), retirer la râpe et pratiquer une nouvelle ostéotomie à un niveau inférieur. Ou bien, envisager aussi d'utiliser une râpe de taille supérieure.



### Instruments

Manche porte-râpe décalé  
1020-1460



Râpe ACCOLADE II  
Tailles 0-11  
1020-52xx



Maillet  
1120-1000



Fraise à calcar - Standard  
1020-1111



# ÉTAPE 5

## RÉDUCTION D'ESSAI

### Conseils

**Richard H. Rothman, M.D.**  
Commencer avec un col d'essai à offset standard (132°). Si les longueurs de membre sont égales, mais que les tissus mous sont relâchés, passer au col d'essai 127°.

Sélectionner un col d'essai ayant la même longueur de col de base et le même angle que l'implant de la taille planifiée. Il peut être déterminé de deux manières.

1. Associer l'indicateur de couleur situé au sommet du cône du col d'essai à l'indicateur de couleur au sommet de la râpe (Figure 11).
2. Le tableau ci-dessous indique la longueur de col correcte pour chaque taille de tige et le code couleur correspondant. La taille de la râpe correspond directement à la taille de l'implant.

TAILLE DE TIGE	LONGUEUR/COULEUR DU COL D'ESSAI
0, 1	27 mm/Jaune
2, 3	30 mm/Bleu
4, 5, 6	35 mm/Vert
7, 8, 9	37 mm/Noir
10, 11	40 mm/Rouge



Figure 11

### Instruments

Col d'essai 132°  
1020-32xx



Col d'essai 127°  
1020-27xx



Râpes ACCOLADE II, tailles 0-11  
1020-52xx



Tête d'essai V40,  
6264-x-xxxR



Figure 12

Assembler le col d'essai sur la râpe. Assembler ensuite une tête d'essai V40 sur le col d'essai (Figure 12). Les têtes fémorales se présentent avec plusieurs offsets et sont différentes pour chaque matériau d'implant de tête fémorale (voir le tableau à droite.) Pour cette raison, le matériau de la tête définitive doit être choisi avant la réduction d'essai. Les offsets s'ajoutent ou se soustraient de la longueur de col de base de l'implant et permettent d'obtenir la longueur de membre et l'offset désirés.

Effectuer une réduction d'essai de la hanche. Si le choix des composants d'essai est confirmé, retirer la tête et le col d'essai, et assembler à nouveau le manche porte-râpe à la râpe en place. Retirer la râpe du canal fémoral. La taille définitive de la râpe détermine la taille correcte de l'implant.



### Remarque :

Les têtes d'essai portant le suffixe « R » sont fabriquées dans un matériau radio-opaque, ce qui les rend visibles sur les radiographies.

### Conseils

**Richard H. Rothman, M.D.**  
Ne pas oublier que la planification pré-opératoire sert de guide uniquement. Le dimensionnement, la longueur de membre et l'offset définitifs sont déterminés au cours de l'opération.

### Conseils

**Dermot Collopy, M.D.**  
Après la réduction d'essai et avant de retirer la râpe, taper doucement sur la râpe encore quelques fois pour voir si elle avance. Du fait des propriétés viscoélastiques de l'os, l'os risque de se relâcher pendant le processus des essais. Si la râpe n'avance pas, effectuer des essais à nouveau et procéder aux ajustements en conséquence.



TÊTE	TAILLE DE TÊTE	OFFSETS DE LA TÊTE
CoCr V40	22	+0, +3, +8
	26	-3, +0, +4, +8, +12
	28	-4, +0, +4, +8, +12
	32	-4, +0, +4, +8, +12
	36	-5, +0, +5, +10
	40	-4, +0, +4, +8, +12
Alumine V40	28	-2.7, +0, +4
	32	-4, +0, +4
	36	-5, +0, +5
Cône C en alumine (utilisé avec une bague d'adaptation de cône C - référence catalogue n° 17-0000E)	28	-2.5, +0, +5
	32	-2.5, +0, +5
	36	-5, +0, +5
BIOLOX V40 delta	28	-4, -2.7, +0, +4
	32	-4, +0, +4
	36	-5, -2.5, +0, +2.5, +5, +7.5
Cône C BIOLOX delta (utilisé avec une bague de cône C - référence catalogue n° 17-000E)	28	-2.5, +0, +2.5, +5
	32	-2.5, +0, +2.5, +5
	36	-5, -2.5, +0, +2.5, +5, +7.5
BIOLOX delta à cône universel (utilisé avec une bague de cône universel - référence catalogue n° 6519-T-XXX)	28	-2.5, +0, +4
	32	-2.5, +0, +4
	36	-2.5, +0, +4
	40	-2.5, +0, +4
	44	-2.5, +0, +4

# ÉTAPE 6

## MISE EN PLACE DE LA TIGE

### OPTION 1

Visser l'introducteur de tige fileté modulaire dans l'orifice d'impaction sur la face proximale de la tige (Figure 13). L'introducteur doit être parfaitement fileté et solidement fixé à la tige avant l'impaction afin de prévenir tout dommage sur le filetage de l'implant ou de l'instrument. La tige doit être insérée dans le canal fémoral à l'aide de l'introducteur jusqu'à son arrêt.



Figure 13



### Conseils

**Dermot Collopy, M.D.**

Si la tige accroche du fait d'un conflit de l'introducteur de tige fileté modulaire sur l'extrémité en surplomb du grand trochanter, retirer l'introducteur de tige fileté pour laisser la tige en place et utiliser l'impacteur de tige modulaire pour ajuster parfaitement la tige.

### OPTION 2

La tige fémorale ACCOLADE II peut aussi être insérée à l'aide de l'introducteur de tige modulaire à connexion rapide et à décalage. Insérer l'extrémité de l'introducteur dans l'orifice d'impaction de la tige tout en veillant à aligner l'ergot d'orientation de l'instrument avec l'encoche située sur la tige (Figure 14). La conception à connexion rapide assure une connexion stable à ressort avec l'introducteur, mais pas un véritable verrouillage mécanique. Il est donc recommandé d'éviter toute bascule de l'introducteur qui risquerait de le déconnecter de l'implant.

**Remarque :** L'introducteur de tige modulaire à connexion rapide et à offset ne peut pas être utilisé avec les tiges ACCOLADE II tailles 0 et 1. Une utilisation incorrecte risque de provoquer la rupture de l'instrument.

### OPTION 3

La tige fémorale ACCOLADE II peut aussi être insérée à la main puis être impactée dans l'os à l'aide de l'impacteur de tige modulaire. L'impacteur de tige modulaire présente un embout rond, qui est placé sur l'orifice d'impaction de la tige. Cet instrument permet l'impaction désaxée de la tige. L'impacteur de tige modulaire ne se connecte pas à la tige, et ne peut, par conséquent, être utilisé que pour l'impaction finale de la tige.



Figure 14



Figure 15



Utiliser ensuite un maillet pour caler la tige dans le canal (Figure 15).

ARRETER L'IMPACTATION du composant fémoral dès que les repères visuel et auditif indiquent que la tige est parfaitement calée dans le canal. Utiliser ces repères, plutôt que la profondeur d'insertion de la râpe, pour déterminer la hauteur d'implantation finale de l'implant. Une impaction agressive continue risque de provoquer une fracture fémorale. Si l'os est très dense en per-opératoire et en cas de facteurs anatomiques spécifiques, la profondeur d'insertion de l'implant risque de ne pas correspondre à celle de la râpe en raison du caractère viscoélastique de l'os fémoral.\* Si la hauteur d'implantation finale est inadéquate, l'implant peut être retiré et une nouvelle mise en place de râpe peut être pratiquée. Si l'introducteur de tige est en contact avec le grand trochanter pendant l'insertion, l'impaction continue risque de provoquer une fracture.



### Conseils

**Frank Kolisek, M.D.**

Avant toute impaction à l'aide du maillet, l'implant doit toujours être inséré dans le canal fémoral jusqu'à son arrêt. Ceci aide à positionner l'implant dans l'orientation même qui a été râpée, pour empêcher ainsi de forcer sur la tige en l'insérant dans une position différente.



### Instruments

**Introducteur de tige fileté modulaire 1020-1800**



**Introducteur de tige modulaire à connexion rapide et à décalage 1020-1860**



**Impacteur de tige modulaire 1020-1870**



**Poignée modulaire orthonomique 1020-2900**



**Maillet 1120-1000**



# ÉTAPE 7

## RÉDUCTION FINALE



### ÉTAPE FACULTATIVE

L'implantation d'une tête fémorale en céramique BIOLOX delta à cône universel (6519-1-0xx) nécessite une bague d'adaptation universelle.

Référence catalogue	Offset (mm)	Cône
6519-T-025	-2.5	V40
6519-T-100	+0	V40
6519-T-204	+4	V40

Une fois le processus des essais terminé, assembler manuellement pendant l'opération la bague d'adaptation sur la tige fémorale. Visser la bague d'adaptation universelle à fond sur le cône de la tige avant de procéder à l'assemblage de la tête.

Figure 16

Avant de procéder à l'assemblage tête/col, il est conseillé d'évaluer une dernière fois la longueur de col/l'offset de la tête sélectionnée en utilisant la tête d'essai V40. Placer la tête d'essai sur le cône de la tige et réduire l'articulation. Vérifier l'égalité de longueur du membre et la tension correcte des tissus mous. Retirer la tête d'essai et sécher le cône de l'implant à l'aide d'une éponge de laparotomie ou d'un tissu stérile.

Vérifier que la tête soit solidement fixée sur le cône après impaction de la tête en appliquant une traction à la tête et en confirmant la stabilité du cône. Si nécessaire, il est possible de retirer la tête à l'aide de l'ancillaire de démontage de tête.\*

Réduire la tête fémorale dans le cotyle, et vérifier à nouveau la biomécanique de la hanche. La fermeture s'effectue selon la technique habituelle du chirurgien.

\* Si une tête en céramique est placée sur le cône puis retirée, elle doit être remplacée par une tête V40 en chrome-cobalt ou par une bague d'adaptation V40 en titane (17-0000E) et une tête en céramique à cône C.

Si la tige doit être retirée, utiliser l'introducteur de tige fileté modulaire.



### Remarque :

En aucun cas un pré-assemblage de la bague d'adaptation ne doit être tenté à l'intérieur de la tête en céramique BIOLOX delta à cône universel.

Assembler la tête en céramique BIOLOX delta à cône universel pendant l'opération et verrouiller sur la tige fémorale baguee en appliquant deux coups d'impacteur de tête (6626-0-140). L'assemblage de la tête en céramique sur le composant fémoral bague doit être très précis afin d'éviter toute pression d'impact excessive.



### Instrument

Tête d'essai V40  
6264-x-xxxR



Impacteur de tête modulaire  
1601-1700

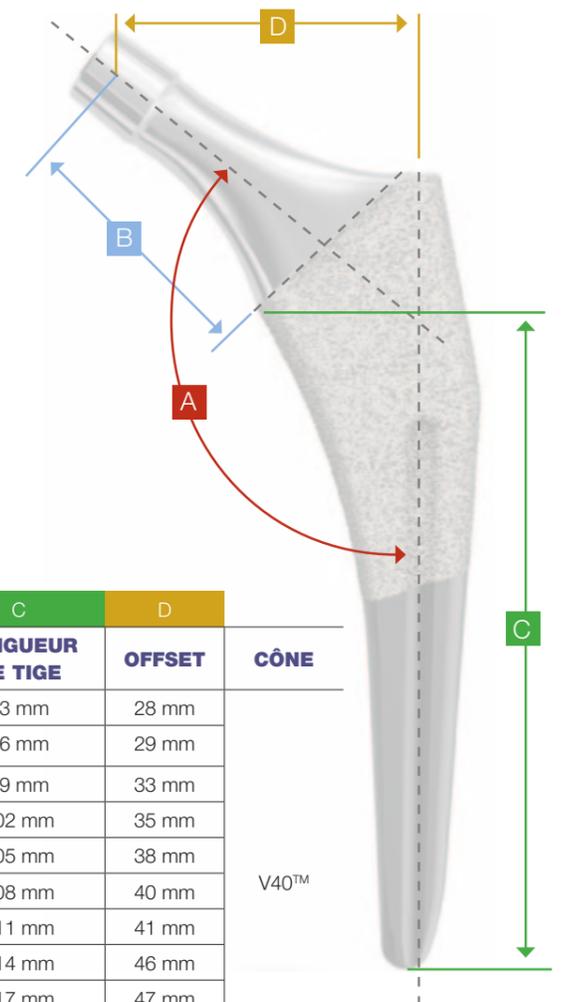


Poignée modulaire orthonomique  
1020-2900



# ACCOLADE II

## INFORMATIONS SUR LES IMPLANTS



REFERENCE	TAILLE	A	B	C	D	CÔNE
		ANGLE CCD	LONGUEUR DE COL	LONGUEUR DE TIGE	OFFSET	
6720-0027	0	132°	27 mm	93 mm	28 mm	V40™
6720-0127	1		27 mm	96 mm	29 mm	
6720-0230	2		30 mm	99 mm	33 mm	
6720-0330	3		30 mm	102 mm	35 mm	
6720-0435	4		35 mm	105 mm	38 mm	
6720-0535	5		35 mm	108 mm	40 mm	
6720-0635	6		35 mm	111 mm	41 mm	
6720-0737	7		37 mm	114 mm	46 mm	
6720-0837	8		37 mm	117 mm	47 mm	
6720-0937	9		37 mm	120 mm	49 mm	
6720-1040	10		40 mm	123 mm	51 mm	
6720-1140	11	40 mm	126 mm	53 mm		

6721-0027	0	127°	27 mm	93 mm	32 mm	V40™
6721-0127	1		27 mm	96 mm	34 mm	
6721-0230	2		30 mm	99 mm	37 mm	
6721-0330	3		30 mm	102 mm	38 mm	
6721-0435	4		35 mm	105 mm	42 mm	
6721-0535	5		35 mm	108 mm	44 mm	
6721-0635	6		35 mm	111 mm	45 mm	
6721-0737	7		37 mm	114 mm	50 mm	
6721-0837	8		37 mm	117 mm	51 mm	
6721-0937	9		37 mm	120 mm	53 mm	
6721-1040	10		40 mm	123 mm	57 mm	
6721-1140	11	40 mm	126 mm	58 mm		

# ACCOLADE II

## INSTRUMENTATION

1020-9001 **Plateau de base**  
1020-9000 Boîtier pour plateau unique

1101-2200  
Poignée en  
T orthonormique

1020-2727  
Col d'essai 127°, 27 mm

1020-2730  
Col d'essai 127°, 30 mm

1020-2735  
Col d'essai 127°, 35 mm

1020-2737  
Col d'essai 127°, 37 mm

1020-2740  
Col d'essai 127°, 40 mm

1020-3227  
Col d'essai 132°, 27 mm

1020-3230  
Col d'essai 132°, 30 mm

1020-3235  
Col d'essai 132°, 35 mm

1020-3237  
Col d'essai 132°, 37 mm

1020-3240  
Col d'essai 132°, 40 mm

6264-8-028R  
Tête d'essai V40, 28 mm -4 mm

6264-8-928R  
Tête d'essai V40, 28 mm -2,7 mm

6264-8-128R  
Tête d'essai V40, 28 mm +0 mm

6264-8-228R  
Tête d'essai V40, 28 mm +4 mm

6264-8-328R  
Tête d'essai V40, 28 mm +8 mm

6264-8-428R  
Tête d'essai V40, 28 mm +12 mm

6264-8-032R  
Tête d'essai V40, 32 mm -4 mm

6264-8-632R  
Tête d'essai V40, 32 mm -2,5 mm

6264-8-132R  
Tête d'essai V40, 32 mm +0 mm

6264-8-232R  
Tête d'essai V40, 32 mm +4 mm

6264-8-332R  
Tête d'essai V40, 32 mm +8 mm

6264-8-432R  
Tête d'essai V40, 32 mm +12 mm

6264-8-036R  
Tête d'essai V40, 36 mm -5 mm

6264-8-436R  
Tête d'essai V40, 36 mm -2,5 mm

6264-8-136R  
Tête d'essai V40, 36 mm +0 mm

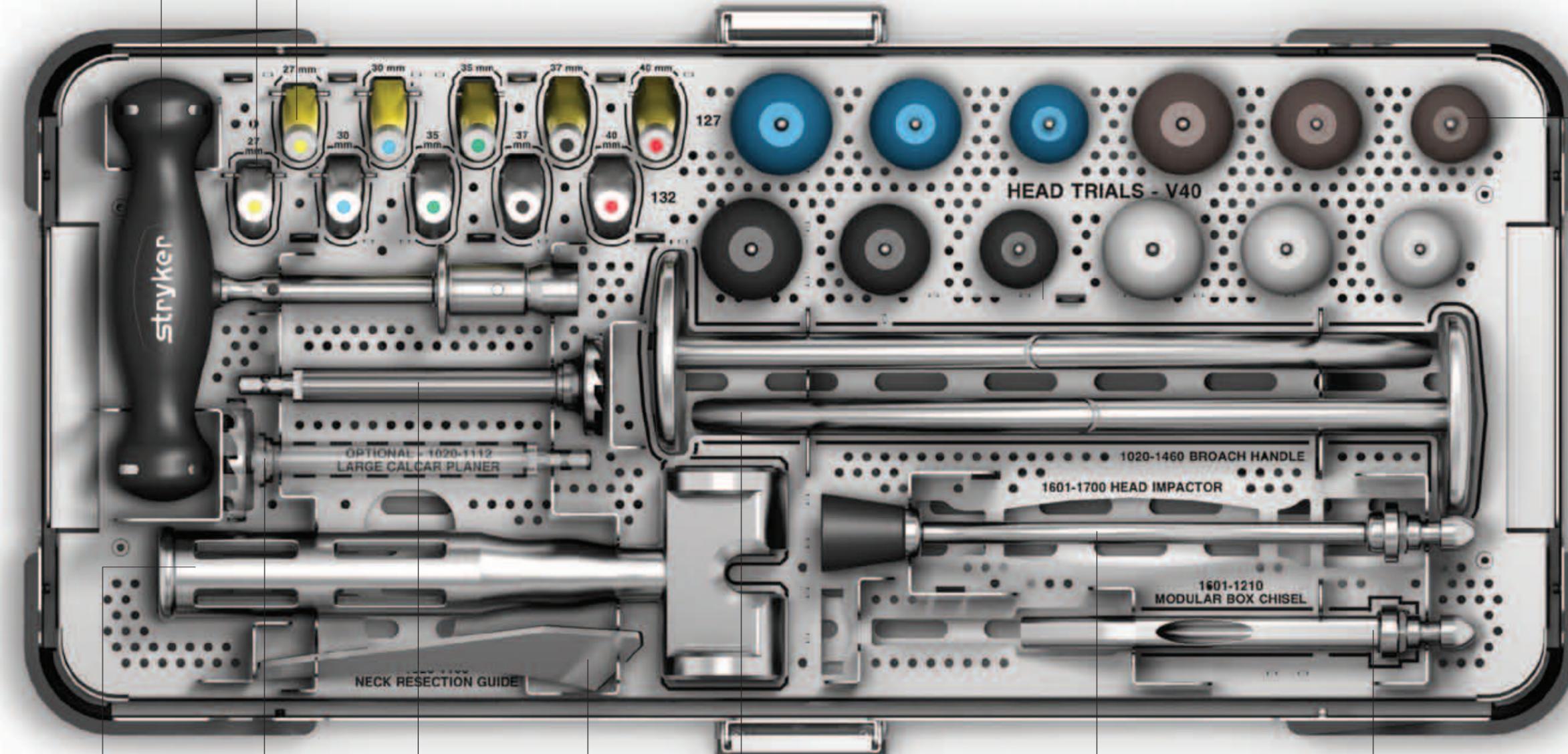
6264-8-536R  
Tête d'essai V40, 36 mm +2,5 mm

6264-3-236R  
Tête d'essai V40, 36 mm +4 mm

6264-8-236R  
Tête d'essai V40, 36 mm +5 mm

6264-8-736R  
Tête d'essai V40, 36 mm +7,5 mm

6264-8-336R  
Tête d'essai V40, 36 mm +10 mm



1120-1000  
Maillet

Facultatif  
1020-1112  
Fraise à calcar - Grande

1020-1111  
Fraise à calcar - Standard

1020-1100  
Guide de résection du col

1020-1460  
2 porte-râpes décalés

Facultatif  
1440-1460  
2 porte-râpes droits

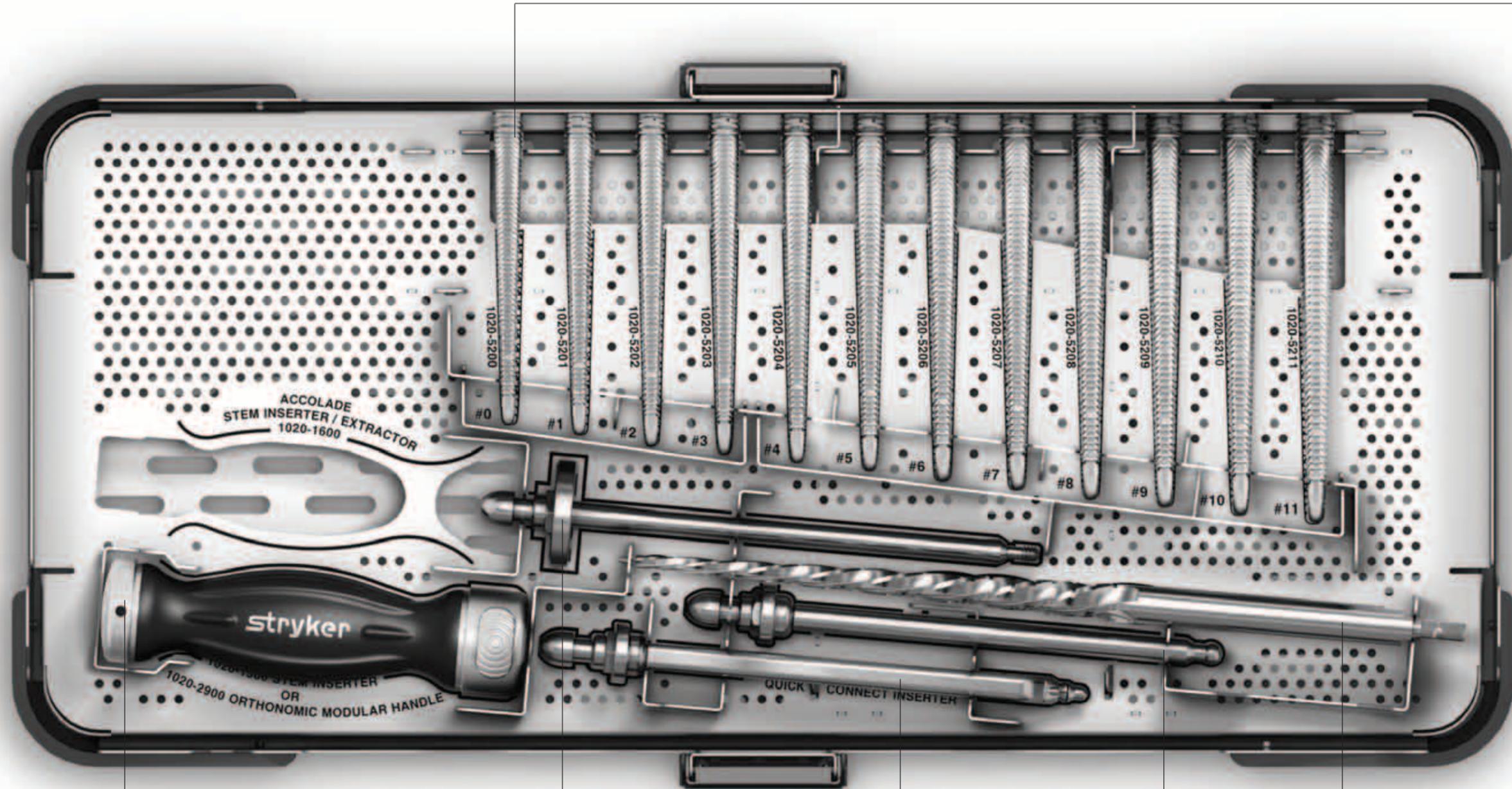
1601-1700  
Impacteur de tête modulaire

1601-1210  
Ostéotome modulaire

# ACCOLADE II

## INSTRUMENTATION

1020-9002 **PLATEAU DE RÂPES ACCOLADE II**  
1020-9000 Boîtier pour plateau unique



1020-5200  
Râpe ACCOLADE II taille 0

1020-5201  
Râpe ACCOLADE II taille 1

1020-5202  
Râpe ACCOLADE II taille 2

1020-5203  
Râpe ACCOLADE II taille 3

1020-5204  
Râpe ACCOLADE II taille 4

1020-5205  
Râpe ACCOLADE II taille 5

1020-5206  
Râpe ACCOLADE II taille 6

1020-5207  
Râpe ACCOLADE II taille 7

1020-5208  
Râpe ACCOLADE II taille 8

1020-5209  
Râpe ACCOLADE II taille 9

1020-5210  
Râpe ACCOLADE II taille 10

1020-5211  
Râpe ACCOLADE II taille 11

1020-2900  
Poignée modulaire orthonomique

1020-1800  
Introducteur de tige filetée modulaire

1020-1860  
Introducteur de tige modulaire  
à connexion rapide et à offset

1020-1870  
Impacteur de tige modulaire

1020-1200  
Alésoir initial

**Reconstruction**

---

Hanches  
Genoux  
Traumatologie et Extrémités  
Préservation Articulaire  
Orthobiologie

**Médical et Chirurgical**

---

Outils Électriques et Accessoires Chirurgicaux  
Navigation Guidée par Imagerie  
Endoscopie et Arthroscopie  
Communications Intégrées  
Lits, Brancards et Équipement d'Urgence  
Solutions de Durabilité

**Neurotechnologie et Rachis**

---

Chirurgie Cranio-Maxillo-Faciale  
Traitement du Rachis  
Neurochirurgical, Rachis et ORL  
Neurovasculaire  
Implants Rachidiens

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](http://www.stryker.fr)

**Le présent document est destiné exclusivement à l'usage de 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 pour 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 pour toute question concernant la disponibilité des produits Stryker dans votre région.

Stryker Corporation, ses divisions ou d'autres entités corporatives apparentées possèdent, utilisent ou ont sollicité les marques commerciales ou marques de service suivantes : Accolade, Howmedica, Osteonics, PureFix, SOMA, Stryker, V40. Toutes les autres marques commerciales sont des marques appartenant à leurs propriétaires ou titulaires respectifs.

BIOLOX delta est une marque déposée de Ceramtec Ag.

Les produits répertoriés ci-dessus sont conformes à l'identification CE en vertu de la Directive en matière de dispositifs médicaux 93/42/EEC.



Numéro de publication : MTXLSP76FR Rev. 2  
MTX-RRD/GS 12/12

Copyright © 2012 Stryker