

Tornier Flex

Systeme d'épaule
Arthroplastie de l'épaule inversée

**Addendum à la
technique opératoire**



Clause de non-responsabilité

Cette publication décrit les procédures détaillées recommandées pour l'utilisation des dispositifs et instruments Stryker. Elle offre des recommandations à envisager, mais, comme pour tout guide technique de ce type, chaque chirurgien doit tenir compte des besoins particuliers de chaque patient et effectuer les ajustements appropriés au moment et selon les besoins.

Important

Il faut indiquer au patient que le dispositif ne peut remplacer, et ne remplace pas l'os sain normal, que le dispositif peut se rompre ou être endommagé à la suite d'une activité intense ou d'un traumatisme, et que le dispositif a une durée de vie prévue limitée.

- Un retrait ou une reprise peuvent s'avérer nécessaires à l'avenir.
- Les informations de nettoyage et de stérilisation figurent dans le mode d'emploi applicable.
- Les dispositifs non stériles, y compris les implants et les instruments, doivent être nettoyés et stérilisés avant utilisation conformément aux méthodes validées.
- Les dispositifs pouvant être démontés doivent l'être avant le traitement sur le lieu d'utilisation.
- De plus, les dispositifs avec des composants mobiles entravant le démontage doivent être manuellement actionnés au cours de l'étape de traitement sur le lieu d'utilisation afin d'éliminer davantage de souillures.
- Il faut rappeler que la compatibilité des différents systèmes de produits n'a pas été testée, sauf indication contraire dans l'étiquetage du produit.
- Consulter les modes d'emploi (<https://ifu.wright.com>) pour une liste complète des effets et événements indésirables potentiels, des contre-indications, des avertissements et des précautions.
- Le chirurgien doit informer les patients des risques chirurgicaux et les avertir des effets indésirables et des traitements alternatifs.
- Un implant dont le conditionnement est ouvert ou endommagé, ou dont la date de péremption est dépassée, ne doit pas être utilisé. Prendre toutes les précautions pour assurer la stérilité lors de l'ouverture du conditionnement de l'implant et lors de l'implantation.

Tornier Flex

Systeme d'épaule

Sommaire

1. Introduction.....	4
2. Technique opératoire.....	5
Résection de la tête humérale	5
Alésage d'inlay	6
Pointe carrée pilote.....	7
Préparation distale	7
Calibrage du canal médullaire	7
Préparation proximale.....	9
Perforation métaphysaire guidée.....	9
Compaction métaphysaire	10
Présentation du compacteur.....	10
Montage du compacteur	10
Compactage	11
Préparation inversée.....	12
Essai des composants inversés.....	12
Plateau inversé.....	12
Retrait de la structure d'essai	13
Implantation définitive	14
Montage sur la table à instruments.....	14
Montage in-vivo	16
Tige humérale Flex PTC.....	16
Tige humérale Flex cimentée.....	17
Prise en compte d'une chirurgie de reprise	17
3. Composants du système.....	18

Introduction

L'épaule Tornier Flex offre une multitude d'options pour le remplacement d'épaule inversée. Contrairement aux autres systèmes RSA, le système d'épaule Tornier Flex offre au chirurgien la possibilité de contrôler la latéralisation globale afin de mieux équilibrer la tension de l'articulation gléno-humérale grâce à diverses options. Le système d'épaule Tornier Flex propose de multiples angles cervico-diaphysaire inversés, des épaisseurs de plateau et de polyéthylène et des instruments permettant de régler l'offset huméral.

Le système d'épaule Tornier Flex a été développé à l'origine pour réaliser un angle cervico-diaphysaire inversé de 145° à l'aide de la technique opératoire d'onlay standard.

Ce guide fournit des instructions sur la manière d'obtenir un angle cervico-diaphysaire inversé de 135° ou 140° et sur l'utilisation des extensions de la gamme d'instruments d'incrustation pour améliorer les options du système d'épaule Tornier Flex.

Les angles cervico-diaphysaire inversés de 135°, 140° et 145° sont compatibles avec les techniques opératoires d'onlay et d'inlay.

Options d'angle cervico-diaphysaire inversé de 135° et 140°

Montage inversé	Tige humérale		Insert inversé	
	Inclinaison	Angle	Inclinaison	Angle
135°	A	127,5°	C	7,5°
140°	A	127,5°	B	12,5°
140°	B	132,5°	C	7,5°

Options d'angle cervico-diaphysaire inversé de 145°

Montage inversé	Tige humérale		Insert inversé	
	Inclinaison	Angle	Inclinaison	Angle
145°	A	127,5°	A	17,5°
145°	B	132,5°	B	12,5°
145°	C	137,5°	C	7,5°

AVIS

Pour plus de détails sur le produit et sur la manière d'obtenir un angle cervico-diaphysaire inversé de 145° à l'aide de la technique d'onlay standard, se reporter à la technique opératoire standard du système d'épaule Tornier Flex.

Technique opératoire

Résection de la tête humérale

La résection de la tête humérale est effectuée avec une inclinaison fixe de $132,5^\circ$. Un guide de coupe de résection est disponible pour faciliter la résection de la tête humérale lors d'une arthroplastie de l'épaule inversée.

L'extrémité du guide de coupe inversé est insérée dans l'alignement de la diaphyse humérale au point d'articulation de la tête humérale. Celle-ci doit être centrée dans le plan antérieur/postérieur. Faire avancer le guide jusqu'à ce que l'anneau affleure la tête humérale (Fig. 1 et Fig. 2).

Pour définir la version humérale appropriée avant la résection de la tête humérale, une tige de version peut être positionnée dans le trou de version souhaité le long de l'axe du guide de coupe. Le guide est ensuite tourné jusqu'à ce que la tige de version soit alignée avec l'avant-bras du patient. Une fois le guide aligné, la tête est ensuite réséquée à l'inclinaison B $132,5^\circ$ avec une scie oscillante sous l'anneau du guide de coupe.

Afin d'obtenir un angle cervico-diaphysaire inversé (NSA) de 135° , la résection de la tête humérale est effectuée à $127,5^\circ$. Un guide indicateur d'angle extramédullaire est disponible pour faciliter la résection de la tête humérale.



Fig. 1

AVIS

Un compacteur verrouillé à l'angle A- $127,5^\circ$ peut être utilisé comme indicateur d'angle.

AVIS

Pour l'implantation finale d'une structure d'onlay, se référer à la technique opératoire standard du système d'épaule Tornier Flex, tout en gardant à l'esprit l'angle final souhaité pour l'angle cervico-diaphysaire inversé.



Fig. 2

AVIS

La glène peut maintenant être préparée. Une fois la glène implantée, la préparation de l'humérus peut commencer.

Technique opératoire

Alésage d'inlay

Préparation de la surface de la tête humérale réséquée :

- Insérer l'alésoir d'inlay dans la mèche chirurgicale ou la poignée en T.
- Centrer la pointe de l'alésoir d'inlay sur la surface de la tête humérale réséquée. Ne pas forcer la pointe dans la surface osseuse réséquée.
- Confirmer de manière circonférentielle qu'aucun tissu mou ne touche l'alésoir d'inlay.
- Enclencher doucement l'alimentation et appliquer une force minimale pour aléser jusqu'à ce que la collerette de l'alésoir d'inlay atteigne la surface humérale réséquée (Fig. 3 et Fig. 4).



Fig. 3



Fig. 4

AVIS

L'alésoir d'inlay a un diamètre de 40 mm. Avant d'utiliser l'alésoir d'inlay, s'assurer que l'anatomie du patient est suffisamment grande pour accueillir l'instrument.

AVIS

La fin de l'alésage d'inlay se traduira par une préparation humérale d'environ 7 à 10 mm de profondeur.

Technique opératoire

Pointe carrée pilote

À l'aide de la pointe carrée pilote, forer un trou pilote dans l'alignement du canal huméral, au point charnière de la résection (Fig. 5).

Faire avancer la pointe carrée pilote jusqu'à ce que le gros diamètre cannelé se trouve juste sous le niveau de la résection. Un trou pilote est ainsi créé pour la première sonde (Fig. 6).



Fig. 5



Fig. 6

Préparation distale Calibrage du canal médullaire

Les sondes (tailles : 1-2, 3-4, 5-6, 7-8) sont ensuite utilisées pour déterminer la limite de taille la plus importante de la tige humérale. Les sondes ont été conçues pour compacter l'os, créant ainsi un lit osseux dense pour l'implant définitif. Chaque sonde est marquée d'un code couleur correspondant à l'instrument à utiliser au cours des étapes ultérieures. Des trous de version ont été incorporés dans la tige proximale de chaque sonde. Une tige de version peut être placée dans le trou approprié de manière à s'assurer que les sondes soient utilisées dans la même version humérale que celle de la résection initiale de la tête humérale (Fig. 7).



Fig. 7

Technique opératoire

Pour commencer le processus de sondage, insérer les sondes dans le trou pilote, en commençant par la taille 1-2 et en augmentant progressivement jusqu'à entrer en contact avec la paroi corticale du canal huméral. Il est important d'orienter les sondes de manière à ce que leurs parties oblongues et plates soient alignées avec le plan de résection. Ces parties plates permettent d'aligner les cannelures des sondes avec la partie distale de la géométrie anatomique de l'implant huméral. Cela permet également d'indiquer la butée de profondeur et d'identifier le seuil de calibrage de l'implant huméral (Fig. 8).



Fig. 8



Fig. 9

Lorsque la sonde atteint la paroi corticale et rentre aisément, arrêter le processus de sondage et relever le chiffre le plus proche de la résection. Celui-ci indique la plus grosse taille de tige pouvant être implantée en toute sécurité. Si la sonde est entre deux tailles, sélectionner la plus petite des deux. Il est important de laisser la sonde en place pour le moment (Fig. 9).

AVIS

Les sondes ne sont pas conçues pour couper l'os cortical. Il ne faut donc pas effectuer de mouvements d'alésage lorsque le contact avec l'os cortical est établi.

⚠ MISE EN GARDE

Ne pas impacter la sonde.

Technique opératoire

Préparation proximale

AVIS

Avant de réaliser le perforateur médial, noter l'emplacement du gabarit de perforateur pour garantir l'absence de contact avec le cortex médial. En cas de contact, retirer le gabarit de perforateur et utiliser un gabarit de perforateur de plus petite taille, ou retirer la sonde et passer à l'étape de compactage.



Fig. 10

Perforation métaphysaire guidée

Avec la sonde finale en place, sélectionner le gabarit de perforateur correspondant. Vérifier que la couleur du gabarit de perforateur correspond à celle de la sonde (Fig. 10).

Fixer le gabarit de perforateur à la sonde grâce aux fentes axiales et le faire glisser jusqu'à la sonde, de manière à ce que le gabarit repose à plat sur la résection. Placer le perforateur correspondant dans le gabarit et le pousser jusqu'à ce qu'il touche le gabarit (Fig. 11).

Retirer l'os poinçonné en sortant la sonde, le perforateur, et le gabarit de perforateur verticalement hors de l'humérus proximal.



Fig. 11

Technique opératoire

Compaction métaphysaire

Présentation du compacteur

Le système d'épaule Tornier Flex comporte des tiges longues et courtes, et donc des compacteurs longs et courts.

Les tiges courtes sont disponibles en trois angles (A 127,5°, B 132,5°, C 137,5°) et sont destinées à être utilisées comme implant anatomique et inversé. Lorsqu'elles sont utilisées dans la configuration inversée, sélectionner l'angle A 127,5° ou B 132,5°. Les tiges longues sont disponibles uniquement avec l'angle B 132,5° et sont destinées à être utilisées comme implant inversé ou de reprise.

Les compacteurs courts et longs ont été conçus avec un corps proximal qui pivote en son milieu, permettant ainsi à un compacteur de s'adapter aux trois angles de tiges, minimisant ainsi le processus de préparation. Le corps proximal est verrouillé en position à l'aide d'une vis de réglage située au fond du cône, manipulée avec l'outil d'inclinaison verrouillable de 2,5 mm.

Montage du compacteur

Lors de la préparation d'un implant inversé, il est recommandé de verrouiller le corps proximal du compacteur à l'angle souhaité, soit A 127,5° ou B 132,5°, avant l'impaction. Cet angle peut être lu au dos du compacteur.

Pour monter le compacteur à la poignée d'insertion, vérifier que la poignée de la poignée d'insertion est en position déverrouillée et placer le pied de la poignée d'insertion dans les fentes latérale et médiale du compacteur. Ensuite, serrer et verrouiller la poignée pour sécuriser l'ensemble. Il existe une butée de profondeur optionnelle qui se fixe à la poignée d'insertion pour garantir que la tige affleure la surface de résection.

La poignée d'insertion a des trous de version en option, conçus pour loger la tige de version afin de faciliter l'orientation du compacteur en fonction de la version précédemment déterminée. En cas d'utilisation de la tige de version, vérifier qu'elle est bien placée sur le côté de la poignée d'insertion correspondant au côté opéré du patient (droit ou gauche). Il est recommandé de retirer la tige de version avant l'extraction.

Technique opératoire

Compactage

Il est recommandé de commencer avec le compacteur de taille 1 et de compacter de manière séquentielle jusqu'à ce que la fixation soit satisfaisante. Une fixation satisfaisante peut être déterminée en effectuant un léger mouvement de rotation avec la poignée d'insertion. Au cours de ce test, le compacteur ne doit pas bouger dans l'humérus.

Placer la pointe du compacteur dans le trou pilote créé par les sondes et orienter l'ensemble dans la version présélectionnée. Cela permet de garantir que la version créée lors de la résection est maintenue lors de l'étape de compaction. La tige de version optionnelle mentionnée précédemment peut également être utilisée relativement à l'avant-bras afin d'orienter le compacteur dans la version désirée (Fig. 12).

Faire progresser le compacteur jusqu'à ce qu'il affleure la surface réséquée de l'humérus. Compacter progressivement jusqu'à atteindre un emboîtement satisfaisant, tel que décrit plus haut (Fig. 13).



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14

AVIS

Si la butée de profondeur n'est pas utilisée, il est important de ne pas faire passer le compacteur au-dessus de la surface réséquée.

Détacher la poignée de la poignée d'insertion, tout en laissant le compacteur dans l'humérus pour servir d'implant d'essai.

Il est recommandé de resserrer les vis de réglage avant de retirer la poignée (Fig. 14).

AVIS

Compactage métaphysaire pour les tiges cimentées. Lors de l'implantation d'une tige cimentée, noter que les dimensions des tiges sont inférieures à celles des compacteurs.

AVIS

Il est important de ne pas utiliser un compacteur de taille supérieure à celle mesurée par la sonde afin d'éviter le risque de fracture humérale.

Technique opératoire

Préparation inversée Essai des composants inversés

L'essai du composant inversé est d'une importance capitale pour garantir un résultat clinique réussi.

Les composants inversés du système d'épaule Tornier Flex sont constitués de plateaux inversés placés sur la tige humérale et d'inserts inversés qui « s'enclenchent » dans le plateau inversé et le tapissent (Fig. 15). Une fois assemblés, ces deux composants sont appelés collectivement l'adaptateur inversé.

Plateau inversé

Plusieurs plateaux inversés sont proposés dans le système d'épaule Tornier Flex.

AVIS

Se reporter à la technique opératoire standard du système d'épaule Tornier Flex pour toutes les options de plateau inversé.

AVIS

Sur demande, des inserts supplémentaires sont disponibles en cas d'instabilité.

Choisir l'offset de plateau inversé qui couvre toute la surface humérale d'« inlay » une fois placé sur le compacteur. Sélectionner l'essai +0 de cet offset particulier. Insérer l'extrémité de la pince d'essai dans les trous situés sur les côtés de la tête humérale d'essai. L'essai peut ensuite être placé sur le compacteur et tourné à l'endroit souhaité.

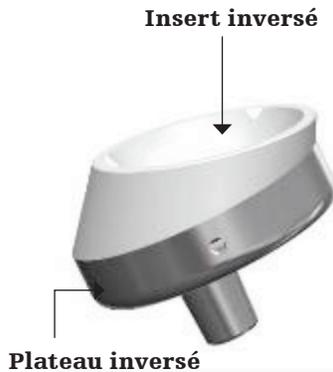


Fig. 15



Fig. 16

AVIS

Il peut s'avérer nécessaire d'utiliser une pince-gouge pour retirer l'excès d'os si le plateau ne s'adapte pas comme souhaité.

Une fois l'essai placé à l'endroit souhaité, insérer le tournevis de retenue de 3,5 mm dans la vis du plateau d'essai inversé et introduire la vis pour verrouiller l'essai en position (Fig. 16).



Fig. 17

Ensuite, sélectionner l'insert inversé d'essai +6 souhaité qui correspond au diamètre de la sphère glénoïde. Orienter l'insert d'essai de sorte que le repère laser se situe sur la position la plus latérale de l'humérus. En guise de contrôle, la partie la plus mince de l'insert d'essai doit être latéralisée (supérieure) et la partie la plus épaisse de l'insert d'essai doit se trouver au milieu (inférieure) (Fig. 17).

Technique opératoire

L'essai huméral est ensuite réduit dans l'articulation pour vérifier la tension du deltoïde, la stabilité, l'amplitude du mouvement et le conflit. Si nécessaire, l'épaisseur de l'implant d'essai peut être ajustée pour assurer une tension optimale du deltoïde.

Retrait de la structure d'essai

Une fois que les composants d'essai inversés ont été confirmés, luxer l'épaule et retirer la structure d'essai. (Il est important que la structure d'essai soit laissée intacte et retirée d'un seul tenant, car elle fournira des informations cruciales pour le montage de l'implant définitif).

Pour retirer la structure d'essai, visser l'extrémité de la masselotte d'essai (avec la poignée enfoncée jusqu'au bout pour stabiliser l'extrémité) dans le filetage situé dans la tête de vis du plateau d'essai inversé.

AVIS

Il est important de ne pas trop visser l'ensemble d'essai (Fig. 18).

Ensuite, faire glisser la poignée de la masselotte d'essai afin de l'éloigner de l'essai. Cela libérera l'articulation pivotante, permettant à la poignée de bouger librement. Orienter la poignée vers le haut et la tirer en arrière par à-coups pour sortir la structure d'essai (Fig. 19 et Fig. 20).



Fig. 18

Après avoir retiré la structure d'essai, dévisser la masselotte d'essai. En cas d'utilisation du plateau à offset, orienter la structure d'essai en la faisant pivoter de manière à ce que le bas du plateau d'essai inversé soit visible.

Un cadran d'horloge numéroté de 1 à 12 est gravé sur la face inférieure des plateaux à offset. Noter le numéro le plus proche du bord le plus latéral du compacteur. Ce numéro détermine la position du plateau inversé définitif par rapport à l'encoche située sur le bord latéral de la tige définitive.



Fig. 19



Fig. 20

Technique opératoire

Implantation définitive

AVIS

Le chirurgien doit inspecter les parties coniques et les surfaces articulaires de l'implant pour détecter toute présence de débris ou défauts avant de procéder au montage.

Les parties coniques doivent être propres et sèches avant le montage. Le montage des implants doit s'effectuer avec des gants propres. L'implant définitif peut être monté sur la table à instruments ou in-vivo.

Montage sur la table à instruments

Introduire la tige humérale définitive choisie (correspondant à la taille et l'angle de l'essai) dans la fente appropriée du support d'impaction. Ces fentes pour tiges standards se trouvent sur un côté du bloc d'impaction et les fentes pour tiges longues se trouvent directement de l'autre côté des premières. Chaque côté du bloc d'impaction est divisé en deux parties correspondant aux différentes tailles (1-4, 5-8) (Fig. 21 et Fig. 22).

Tenir la tige définitive dans la main et orienter le plateau inversé sélectionné dans la position déterminée précédemment. Ensuite, insérer l'ensemble d'implants dans la fente appropriée du bloc d'impaction. À l'aide de la poignée de l'impacteur avec embout pour tête/plateau, installer le cône (Fig. 23).

Fixer la plaque de maintien au plateau orienté dans le bon sens haut/bas, et connecter la poignée d'insertion (Fig. 24).

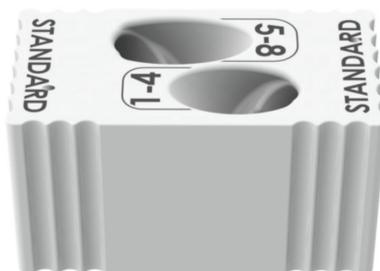


Fig. 21

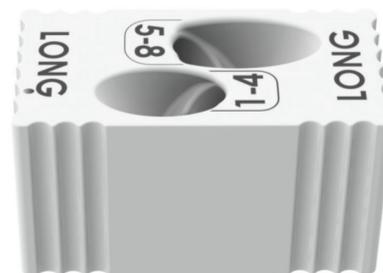


Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24

Technique opératoire

Placer l'implant huméral définitif dans le canal huméral préparé, et impacter jusqu'à ce que la profondeur précédemment déterminée du plateau d'inlay affleure l'humérus préparé. S'assurer de conserver la version présélectionnée (utiliser la tige de version si nécessaire). Ne pas insérer le plateau plus loin que l'essai précédent (Fig. 25 et Fig. 26). Installer le polyéthylène définitif, impacter en place à l'aide de la poignée de l'impacteur avec embout pour tête/plateau et réduire l'implant huméral (Fig. 27).



Fig. 25



Fig. 26



Fig. 27

Technique opératoire

Montage in-vivo

Il est déconseillé d'utiliser la technique in-vivo chez les patients présentant un os de mauvaise qualité.

Pour monter la tige définitive sur la poignée d'insertion, vérifier que la poignée de la poignée d'insertion est en position déverrouillée et placer les pieds de la poignée d'insertion dans les fentes médiales et latérales de la tige définitive. Ensuite, serrer et verrouiller la poignée pour sécuriser l'ensemble. En cas d'utilisation de la tige de version, vérifier qu'elle est bien placée sur le côté de la poignée d'insertion correspondant au côté opéré du patient (droit ou gauche).



Fig. 28



Fig. 29

Tige humérale Flex PTC

AVIS

Le montage in-vivo est recommandé pour la tige cimentée.

Pour procéder à l'implantation d'une tige humérale Flex PTC, insérer la tige dans l'humérus préparé en s'assurant de conserver la version de la résection. Impacter la tige jusqu'à ce que son sommet affleure la surface réséquée de l'humérus (Fig. 28 et Fig. 29). Retirer la poignée d'insertion et orienter le plateau inversé sélectionné vers l'emplacement souhaité. Installer le cône à l'aide de la poignée de l'impacteur avec embout pour tête/plateau et continuer à impacter jusqu'à ce que le fond du plateau inversé affleure la coupe puis vérifier la stabilité de l'implant (Fig. 30, Fig. 31 et Fig. 32).



Fig. 30



Fig. 31



Fig. 32

Technique opératoire

Tige humérale Flex cimentée

Pour implanter une tige humérale Flex cimentée, irriguer et sécher le canal huméral puis insérer un restricteur de ciment. Injecter du ciment dans le canal médullaire selon une technique de cimentation standard et insérer la tige dans le canal huméral. Introduire la tige jusqu'à ce que son sommet affleure la surface réséquée de l'humérus en s'assurant de ne pas fraiser l'implant.

Retirer la poignée d'insertion et tout excédent de ciment. Nettoyer et sécher la partie conique de la tige. Orienter le plateau inversé de la taille sélectionnée vers l'emplacement souhaité. À l'aide de la poignée de l'impacteur avec embout pour tête/plateau, installer le cône. Pour mettre en place l'insert, sélectionner la taille et l'épaisseur déterminées lors de l'essai et orienter l'insert de sorte que le repère laser soit aligné avec la partie la plus latérale du plateau. En guise de contrôle, la partie la plus mince de l'insert doit être latéralisée et la partie la plus épaisse de l'insert doit se trouver au milieu. Une fois l'insert aligné, utiliser la poignée de l'impacteur avec embout pour insert pour mettre l'insert en place dans le plateau.

Prise en compte d'une chirurgie de reprise

Lors de la reprise d'un inlay, il peut être nécessaire de créer une ouverture osseuse dans l'humérus proximal afin d'accéder à la partie conique de l'insert du plateau inversé. Pour ce faire, utiliser un ostéotome ou une pince-gouge pour retirer une petite section d'os près du plateau inversé. Une fois que la partie conique est accessible, caler le distracteur de tête entre la partie conique et la tige humérale et utiliser un maillet pour dégager davantage la partie conique (Fig. 33 et Fig. 34).

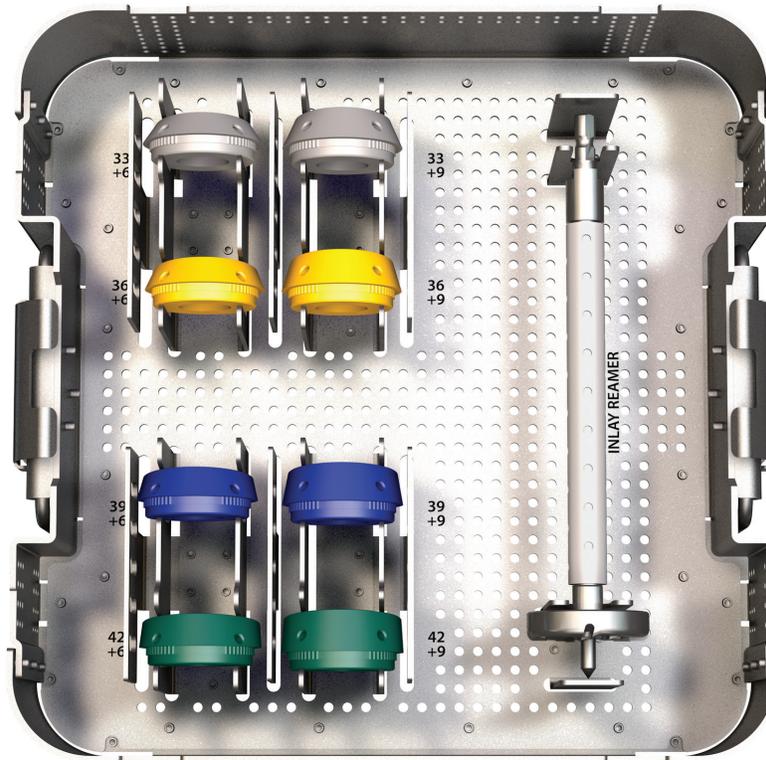


Fig. 33



Fig. 34

Composants du système



Instruments inversés du système d'épaule Tornier Flex 135° (YKAD135)*

N° de réf.	Description	Diamètre	Épaisseur	Angle
MWF356C	Insert d'essai inversé	33 mm	+6	C 7,5°
MWF357C	Insert d'essai inversé	33 mm	+9	C 7,5°
MWF361C	Insert d'essai inversé	36 mm	+6	C 7,5°
MWF362C	Insert d'essai inversé	36 mm	+9	C 7,5°
MWF391C	Insert d'essai inversé	39 mm	+6	C 7,5°
MWF392C	Insert d'essai inversé	39 mm	+9	C 7,5°
MWF421C	Insert d'essai inversé	42 mm	+6	C 7,5°
MWF422C	Insert d'essai inversé	42 mm	+9	C 7,5°
**ARS742900	Alésoir d'inlay			

FABRICANT LÉGAL**

Tornier, Inc.
10801 Nesbitt Avenue South,
Bloomington, MN 55437
États-Unis
Tél. : +1 952-921-7100
Fax : +1 952-236-4007

REPRÉSENTANT AGRÉÉ

Tornier SAS
161 Rue Lavoisier
38330 Montbonnot Saint Martin
France
+33 (0)4 76 61 35 00



*Ce kit est disponible uniquement sur demande et est obligatoire pour obtenir un angle cervico-diaphysaire inversé de 135°.

Notes

Ce document est exclusivement réservé aux professionnels de santé. Un chirurgien doit toujours se fier à son jugement clinique professionnel lorsqu'il décide d'utiliser un produit particulier pour traiter un patient particulier. Stryker ne dispense pas de conseils médicaux et recommande aux chirurgiens d'être formés à l'utilisation de tout produit particulier avant de l'utiliser en chirurgie.

Les informations présentées ont pour but de présenter un produit Stryker. Un chirurgien doit toujours se référer à l'étiquette du produit et/ou au mode d'emploi, y compris les instructions de nettoyage et de stérilisation (le cas échéant), avant d'utiliser un produit Stryker. Les produits peuvent ne pas être disponibles sur tous les marchés, car leur disponibilité est soumise aux pratiques réglementaires et/ou médicales des différents marchés. Contacter votre représentant Stryker en cas de questions sur la disponibilité des produits Stryker dans votre région.

Les modes d'emploi, les techniques opératoires, les instructions de nettoyage, les notices destinées aux patients et les autres étiquetages associés peuvent être demandés en ligne sur <http://ifu.wright.com>. Si vous conservez les modes d'emploi, les techniques opératoires et les instructions de nettoyage des sites indiqués ci-dessus, veuillez vous assurer de toujours disposer des dernières versions avant de les utiliser.

Stryker Corporation, ses divisions ou d'autres sociétés affiliées possèdent et utilisent les marques de commerce ou de service suivantes ou ont déposé une demande en vue de leur enregistrement : Stryker, Tornier. Toutes les autres marques sont des marques commerciales de leurs propriétaires ou détenteurs respectifs.

Les produits indiqués ci-dessus ont reçu le marquage CE.

ID de contenu : AP-011470B-FR, 11-2021

Copyright © 2021 Stryker

 Fabricant :
Tornier SAS
161 Rue Lavoisier
38330 Montbonnot
Saint Martin
France
+33 (0)4 76 61 35 00