

Tornier Flex

Sistema per spalla
Artroplastica della spalla
Reversed

Addendum alla tecnica chirurgica



Dichiarazione di esonero di responsabilità

Questa pubblicazione illustra le procedure dettagliate consigliate per l'utilizzo di dispositivi e strumenti Stryker. Offre una guida a cui prestare attenzione ma, come con qualsiasi guida tecnica di questo tipo, ogni chirurgo deve considerare le esigenze specifiche di ciascun paziente e apportare le modifiche appropriate nei tempi e nei modi necessari.

Importante

Il paziente deve essere avvertito che il dispositivo non può sostituire e non sostituisce il normale tessuto osseo sano, che il dispositivo potrebbe fratturarsi o danneggiarsi a causa di attività intense o traumi e che la durata del dispositivo è limitata.

- In futuro potrebbe essere necessaria la rimozione o la revisione del dispositivo.
- Le informazioni sulla pulizia e la sterilizzazione sono contenute nelle istruzioni per l'uso pertinenti.
- I dispositivi non sterili, inclusi impianti e strumenti, devono essere puliti e sterilizzati prima dell'uso seguendo metodi convalidati.
- I dispositivi che possono essere smontati devono essere smontati prima del trattamento al punto di utilizzo.
- Inoltre, i dispositivi con componenti mobili che ostacolano lo smontaggio devono essere articolati manualmente durante la fase di trattamento al punto di utilizzo per poter eliminare ulteriormente la sporcizia.
- Si ricorda che la compatibilità di sistemi diversi non è stata testata se non altrimenti specificato nell'etichettatura dei prodotti.
- Consultare le Istruzioni per l'uso (<https://ifu.wright.com>) per un elenco completo di potenziali effetti ed eventi avversi, controindicazioni, avvertenze e precauzioni.
- Il chirurgo deve informare i pazienti dei rischi chirurgici, degli effetti avversi e dei trattamenti alternativi.
- Non usare un impianto la cui confezione sia aperta o danneggiata o la cui data di scadenza sia trascorsa. È necessario adottare tutte le dovute precauzioni per garantire la sterilità quando si apre la confezione dell'impianto e durante la fase di impianto.

Tornier Flex

Sistema per spalla

Indice

1. Introduzione	4
2. Tecnica chirurgica.....	5
Resezione della testa omerale.....	5
Alesatura per inlay	6
Punteruolo preparatore	7
Preparazione distale	7
Dimensionamento del canale midollare.....	7
Preparazione prossimale	9
Perforazione metafisaria guidata	9
Compattazione metafisaria	10
Descrizione generale del compattatore	10
Assemblaggio del compattatore.....	10
Compattazione.....	11
Preparazione inversa	12
Prova dei componenti inversi.....	12
Piattaforma inversa	12
Rimozione del costruito di prova	13
Impianto definitivo	14
Assemblaggio sul tavolo madre.....	14
Assemblaggio in vivo	16
Stelo omerale Flex PTC	16
Stelo omerale cementato Flex.....	17
Considerazioni sulla chirurgia di revisione.....	17
3. Componenti del sistema.....	18

Introduzione

Il sistema per spalla Tornier Flex offre svariate opzioni per la sostituzione della spalla con la tecnica inversa. Diversamente da altri sistemi per RSA, il sistema per spalla Tornier Flex mette a disposizione del chirurgo la possibilità di controllare la lateralizzazione globale per meglio bilanciare la tensione dell'articolazione gleno-omerale, con diverse opzioni. Il sistema per spalla Tornier Flex offre svariati angoli cervico-diafisari inversi, spessori della piattaforma e del polietilene e strumentazione per regolare l'offset omerale.

Il sistema per spalla Tornier Flex è stato originariamente sviluppato per ottenere un angolo cervico-diafisario inverso di 145° utilizzando la tecnica chirurgica onlay standard.

La presente guida fornisce istruzioni su come ottenere un angolo cervico-diafisario inverso di 135° o 140° e sull'uso delle estensioni della linea di strumenti per inlay allo scopo di migliorare le opzioni del sistema per spalla Tornier Flex.

Gli angoli cervico-diafisari di 135°, 140° e 145° sono compatibili con entrambe le tecniche chirurgiche: onlay e inlay.

Opzioni dell'angolo cervico-diafisario inverso per 135° e 140°

Costrutto inverso	Stelo omerale		Inserito inverso	
	Inclinazione	Angolo	Inclinazione	Angolo
	135°	A	127,5°	C
	140°	A	127,5°	B
	140°	B	132,5°	C

Opzioni dell'angolo cervico-diafisario inverso per 145°

Costrutto inverso	Stelo omerale		Inserito inverso	
	Inclinazione	Angolo	Inclinazione	Angolo
	145°	A	127,5°	A
	145°	B	132,5°	B
	145°	C	137,5°	C

NOTA

Per ulteriori dettagli sul prodotto e su come ottenere un angolo cervico-diafisario inverso di 145° utilizzando la tecnica onlay standard, si rimanda alla tecnica chirurgica standard del sistema per spalla Tornier Flex.

Tecnica chirurgica

Resezione della testa omerale

La resezione della testa omerale si esegue con un'inclinazione fissa di $132,5^\circ$. È disponibile una guida di taglio che agevola la resezione della testa omerale durante l'artroplastica inversa della spalla.

La punta della guida di taglio inverso viene inserita in linea con lo stelo omerale, in corrispondenza del punto di snodo della testa omerale, e deve essere centrata sul piano anteroposteriore. Far avanzare la guida finché l'anello non si appoggi a filo sulla testa omerale (Fig. 1 e Fig. 2)

Per definire la versione omerale appropriata prima della resezione della testa omerale, si può posizionare un'asta di versione nel foro di versione desiderato, lungo l'asse della guida di taglio. La guida viene quindi ruotata fino ad allineare l'asta di versione con l'avambraccio del paziente. Con la guida allineata, la testa viene quindi resecata con l'inclinazione B di $132,5^\circ$ utilizzando una sega oscillante sotto l'anello della guida di taglio.

Per ottenere un angolo cervico-diafisario (Neck Shaft Angle, NSA) inverso di 135° , la resezione della testa omerale viene effettuata a $127,5^\circ$. È disponibile una guida con indicatore dell'angolo extramidollare per agevolare la resezione della testa omerale.



Fig. 1

NOTA

Come indicatore angolare può essere usato un compattatore bloccato sull'angolazione A- $127,5^\circ$.

NOTA

Per l'impianto definitivo di un costruito onlay si rimanda alla tecnica chirurgica standard del sistema per spalla Tornier Flex, tenendo presente l'angolo cervico-diafisario inverso finale desiderato.

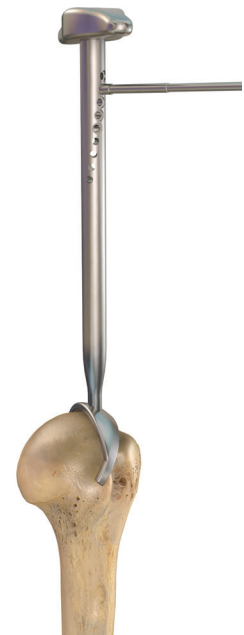


Fig. 2

NOTA

A questo punto è possibile preparare la glena. Una volta impiantata la glena, può iniziare la preparazione dell'omero.

Tecnica chirurgica

Alesatura per inlay

Preparazione della superficie della testa omerale reseca:

- inserire l'alesatore per inlay nel trapano chirurgico o nell'impugnatura a T;
- centrare la punta dell'alesatore per inlay sulla superficie della testa omerale reseca, senza però forzarla;
- confermare sulla circonferenza che non vi sia tessuto molle a contatto con l'alesatore per inlay;
- azionare il motore a bassa velocità e applicare una forza minima per alesare, fino a portare il collare dell'alesatore per inlay a livello con la superficie omerale reseca (Fig. 3 e Fig. 4).



Fig. 3



Fig. 4

NOTA

L'alesatore per inlay ha un diametro di 40 mm. Prima di utilizzarlo, accertarsi che l'anatomia del paziente sia sufficientemente grande da accogliere lo strumento.

NOTA

Il completamento dell'alesatura per inlay produrrà una preparazione omerale profonda circa 7-10 mm.

Tecnica chirurgica

Punteruolo preparatore

Utilizzando il punteruolo preparatore, creare un foro pilota in linea con il canale omerale, in corrispondenza del punto di snodo della resezione (Fig. 5).

Far avanzare il punteruolo preparatore finché il diametro scanalato largo si trovi appena sotto il livello della resezione. In questo modo si otterrà il foro pilota per la prima sonda (Fig. 6).

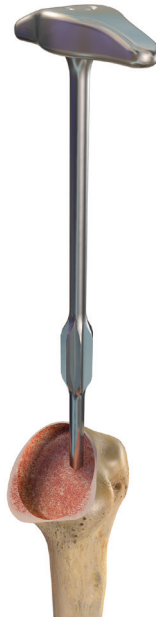


Fig. 5



Fig. 6

Preparazione distale – Dimensionamento del canale midollare

Le sonde (misure: 1-2, 3-4, 5-6, 7-8) vengono usate per determinare il limite dimensionale superiore dello stelo omerale. Le sonde sono state progettate per compattare l'osso, in modo da creare un letto osseo denso per l'impianto definitivo. Ciascuna sonda è codificata a colori per corrispondere alla strumentazione da utilizzare nelle fasi successive. Nello stelo prossimale di ciascuna sonda sono incorporati fori di versione. È possibile inserire un'asta di versione nel foro appropriato per assicurarsi che le sonde siano utilizzate con la stessa versione dell'omero stabilita durante la resezione originaria della testa omerale (Fig. 7).



Fig. 7

Tecnica chirurgica

Per iniziare la misurazione, inserire le sonde attraverso il foro pilota a partire dalla misura 1-2, incrementandola progressivamente fino a ottenere il contatto con la parete corticale del canale omerale. È importante orientare le sonde in modo che i gradini oblunghi di queste ultime siano allineati con il piano di resezione. Questi gradini allineano le scanalature delle sonde con la parte distale della geometria dell'impianto omerale anatomico. Servono anche come indicatori del fermo di profondità e per identificare la soglia dimensionale dell'impianto omerale (Fig. 8).

Una volta che la sonda ha raggiunto la parete corticale ed è alloggiata in maniera sicura, fermarsi e leggere il numero più vicino alla resezione. Questo numero indicherà lo stelo di misura più grande che si può impiantare in sicurezza. Se la sonda si alloggia a cavallo tra due misure, scegliere il numero minore tra i due. A questo punto, è importante lasciare la sonda in posizione (Fig. 9).

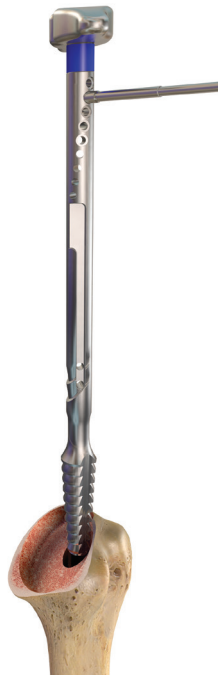


Fig. 8



Fig. 9

NOTA

Le sonde non sono previste per tagliare l'osso corticale. Ne consegue che non si deve utilizzare un movimento di alesatura quando si entra in contatto con la corticale.

⚠ ATTENZIONE

Non impattare la sonda.

Tecnica chirurgica

Preparazione prossimale

NOTA

Prima di completare la perforazione mediale, controllare la posizione dell'anello di perforazione per accertarsi che non vi sia contatto con la corticale mediale. In presenza di contatto, rimuovere l'anello di perforazione e inserirne un altro di misura più piccola oppure togliere la sonda e procedere alla fase di compattazione.



Fig. 10

Perforazione metafisaria guidata

Con la sonda finale in posizione, selezionare l'anello di perforazione corrispondente. Per eseguire una verifica, confermare che il colore dell'anello di perforazione corrisponda a quello della sonda (Fig. 10).

Collegare l'anello di perforazione alla sonda mediante le fessure assiali e farlo scorrere verso il basso lungo la sonda fino ad appoggiarlo a filo sulla resezione. Posizionare il perforatore corrispondente nell'anello e impattarlo finché non tocca il fondo sull'anello (Fig. 11).

L'osso resecato deve essere asportato estraendo verticalmente la sonda, il perforatore e l'anello di perforazione dall'omero prossimale.



Fig. 11

Tecnica chirurgica

Compattazione metafisaria

Descrizione generale del compattatore

Il sistema per spalla Tornier Flex dispone di steli corti e lunghi e pertanto offre compattatori corti e lunghi.

Gli steli corti sono disponibili con tre angolazioni (A 127,5°, B 132,5°, C 137,5°) e sono destinati a essere utilizzati sia come impianto anatomico sia come impianto inverso. In caso di configurazione inversa, selezionare l'angolazione A 127,5° o B 132,5°. Gli steli lunghi sono disponibili solo con angolazione B 132,5° e sono destinati ad essere utilizzati come impianto inverso o di revisione.

I compattatori corti e lunghi sono stati progettati con un corpo prossimale che ruota intorno al punto medio, permettendo a un singolo compattatore di adattarsi a tutte e tre le angolazioni dello stelo e, in questo modo, semplificando il processo di preparazione. Il corpo prossimale viene bloccato in posizione per mezzo di una vite di blocco nella parte inferiore del cono che viene manovrata con un cacciavite di bloccaggio dell'inclinazione da 2,5 mm.

Assemblaggio del compattatore

Durante la preparazione di un impianto inverso, si consiglia di bloccare il corpo prossimale del compattatore sull'angolo desiderato (A 127,5° o B 132,5°) prima dell'impattamento. Questa angolazione è indicata sul retro del compattatore.

Per assemblare il compattatore con il manico dell'introduttore, accertarsi che quest'ultimo sia in posizione totalmente sbloccata e inserire i braccetti di aggancio del manico dell'introduttore nelle asole mediale e laterale del compattatore. Quindi, comprimere e bloccare l'impugnatura per fissare l'assieme. È disponibile un fermo di profondità opzionale che si collega al manico dell'introduttore e assicura che lo stelo si appoggi a filo sulla superficie di resezione.

Il manico dell'introduttore è dotato di fori di versione opzionali progettati per accogliere l'asta di versione e assistere nell'orientamento dei compattatori in base alla versione prestabilita. Se utilizzata, assicurarsi di posizionare l'asta di versione sul lato del manico dell'introduttore corrispondente al lato operatorio del paziente (sinistro o destro). Si raccomanda di rimuovere l'asta di versione prima dell'estrazione.

Tecnica chirurgica

Compattazione

Si raccomanda di iniziare con il compattatore della misura 1 e di compattare sequenzialmente fino a ottenere una fissazione soddisfacente, la quale può essere valutata con un leggero movimento torsionale del manico dell'introduttore. Durante questa prova il compattatore non dovrebbe muoversi nell'omero.

Posizionare la punta del compattatore nel foro pilota creato dalle sonde e orientare l'assieme con la versione preselezionata. In questo modo si garantirà che la versione creata con la resezione sia mantenuta nella fase di compattazione. In alternativa, è possibile utilizzare l'asta di versione opzionale di cui sopra prendendo come riferimento l'avambraccio, in modo da orientare il compattatore nella versione desiderata (Fig. 12).

Far avanzare il compattatore fino ad appoggiarlo a filo sulla superficie resecata dell'omero. Continuare a compattare progressivamente fino a ottenere un alloggiamento soddisfacente, come descritto sopra (Fig. 13).



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14

NOTA

Quando non si utilizza il fermo di profondità, è importante non impattare il compattatore oltre il livello della superficie resecata.

Allentare il manico dell'introduttore e lasciare il compattatore all'interno dell'omero come impianto di prova.

Può essere consigliabile stringere nuovamente la vite di blocco prima di togliere il manico (Fig. 14).

NOTA

Compattazione metafisaria per steli cementati: quando si impianta uno stelo cementato, tenere presente che gli steli sono sottodimensionati rispetto ai compattatori.

NOTA

Per evitare il rischio di frattura dell'omero, è importante non utilizzare un compattatore più grande della misura rilevata dalla sonda.

Tecnica chirurgica

Preparazione inversa

Prova dei componenti inversi

La prova dei componenti inversi è di importanza cruciale per assicurare un esito clinico favorevole.

I componenti inversi del sistema per spalla Tornier Flex comprendono le piattaforme inverse posizionate sullo stelo omerale e gli inserti inversi che si fissano a scatto e si allineano alla piattaforma inversa (Fig. 15). Una volta assemblati, questi due componenti vengono chiamati collettivamente "adattatore per inversa".

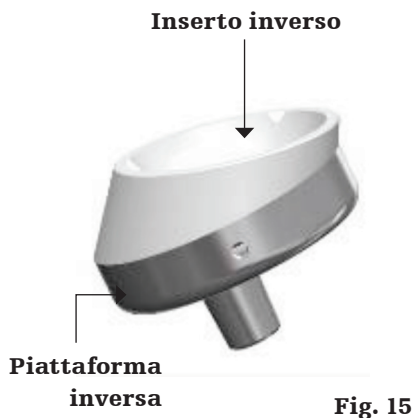


Fig. 15

Piattaforma inversa

Vi sono diverse piattaforme inverse offerte nel sistema per spalla Tornier Flex.

NOTA

Fare riferimento alla tecnica chirurgica standard del sistema per spalla Tornier Flex per tutte le opzioni di piattaforma inversa.

NOTA

Su richiesta sono a disposizione altri inserti per i casi di instabilità.

Scegliere l'offset della piattaforma inversa che, quando viene posizionato sul compattatore, copra l'intera superficie omerale "inlay". Selezionare la prova +0 di quel particolare offset. Inserire le punte della pinza per prova nei fori situati sui lati della prova. La prova può quindi essere posizionata sul compattatore e ruotata nella posizione desiderata.



Fig. 16

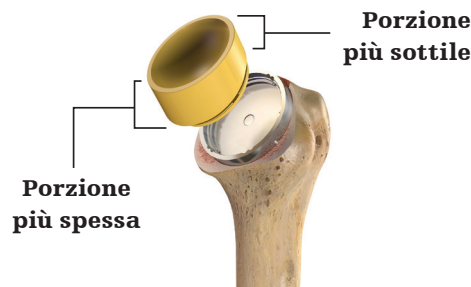


Fig. 17

NOTA

Può essere necessario utilizzare una pinza ossivora per rimuovere l'osso in eccesso, qualora la piattaforma non si alloggia come auspicato.

Con la prova posizionata come desiderato, inserire l'avvitatore di ritenzione da 3,5 mm nella vite della piattaforma inversa di prova e far avanzare la vite per bloccare la prova in sede (Fig. 16).

Selezionare quindi l'inserto inverso di prova +6 corrispondente al diametro della glenosfera. Orientare l'inserto di prova in modo che il contrassegno al laser si trovi in corrispondenza della posizione più laterale dell'omero. A scopo di verifica, la porzione più sottile dell'inserto di prova deve trovarsi in posizione laterale (superiore) e la porzione più spessa dell'inserto di prova deve trovarsi in posizione mediale (inferiore) (Fig. 17).

Tecnica chirurgica

L'omero di prova viene quindi ridotto nell'articolazione per verificare la tensione del deltoide, la stabilità, il range di movimento e l'impingement. Se necessario, è possibile regolare lo spessore dell'impianto di prova per ottenere una tensione ottimale del deltoide.

Rimozione del costruito di prova

Una volta confermati i componenti di prova inversi, dislocare la spalla e rimuovere il costruito di prova. (È importante lasciare assemblato il costruito di prova e rimuoverlo come pezzo unico, in quanto ciò fornirà informazioni necessarie per l'assemblaggio dell'impianto definitivo.)

Per rimuovere il costruito di prova, avvitare la punta del martello a massa battente per prove (con l'impugnatura inserita a fondo per stabilizzare la punta) nella filettatura presente nella testa della vite della piattaforma inversa di prova.

NOTA

È importante non serrare eccessivamente le filettature dell'assieme di prova (Fig. 18).

Quindi, sfilare l'impugnatura del martello a massa battente dalla prova. In questo modo si libererà il giunto a snodo e sarà possibile muovere l'impugnatura in qualsiasi direzione. Orientare l'impugnatura in posizione superiore e con colpi incrementali all'indietro rimuovere il costruito di prova (Fig. 19 e Fig. 20).



Fig. 18

Dopo aver rimosso il costruito di prova, svitare il martello a massa battente per prove. Se è stata utilizzata una piattaforma con offset, stabilire la rotazione orientando il costruito di prova in modo che il fondo della piattaforma inversa di prova sia visibile.

Sul fondo della piattaforma con offset è riportato un quadrante con numeri da 1 a 12. Prendere nota del numero più vicino al margine più laterale del compattatore. Questo numero determinerà la posizione della piattaforma inversa definitiva in rapporto alla tacca sul margine laterale dello stelo definitivo.



Fig. 19



Fig. 20

Tecnica chirurgica

Impianto definitivo

NOTA

Prima dell'assemblaggio, il chirurgo dovrà esaminare le rastremazioni dell'impianto e le superfici combacianti per escludere la presenza di detriti o imperfezioni.

Le rastremazioni devono essere pulite e asciutte per l'assemblaggio. Gli impianti devono essere assemblati indossando guanti puliti. L'impianto definitivo può essere assemblato sul tavolo madre o in vivo.

Assemblaggio sul tavolo madre

Posizionare lo stelo omerale definitivo scelto (rispettando la misura e l'angolazione della prova) nell'alloggiamento appropriato del supporto di impattamento. Gli alloggiamenti dello stelo standard si trovano su un lato del blocco di impattamento, mentre gli alloggiamenti dello stelo lungo si trovano sul lato direttamente opposto. Ogni lato del blocco di impattamento è quindi diviso in due sezioni a seconda della misura (1-4, 5-8) (Fig. 21 e Fig. 22).

Con lo stelo definitivo in mano, orientare la piattaforma inversa selezionata nella posizione precedentemente determinata. Quindi posizionare l'impianto assemblato nell'alloggiamento appropriato del blocco di impattamento e alloggiare il cono, utilizzando il manico dell'impattatore con la punta per testa/piattaforma (Fig. 23).

Applicare la piastra di ritenzione alla piattaforma orientata correttamente (alto/basso) e collegare il manico dell'introduttore (Fig. 24).

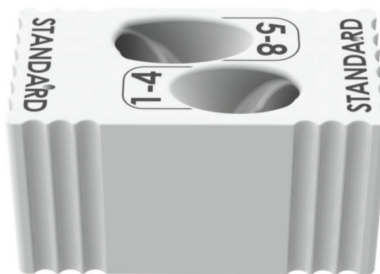


Fig. 21

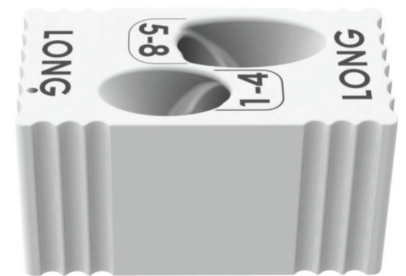


Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24

Tecnica chirurgica

Posizionare l'impianto omerale definitivo nel canale omerale preparato e impattare finché la profondità prestabilita della piattaforma inlay sia a filo con l'omero preparato. Fare attenzione a mantenere la versione preselezionata (se necessario, usando l'asta di versione) e non inserire la piattaforma più in profondità rispetto alla prova precedente (Fig. 25 e Fig. 26). Posizionare il polietilene definitivo, impattare in sede utilizzando il manico dell'impattatore con punta per testa/piattaforma e ridurre l'impianto omerale (Fig. 27).



Fig. 25



Fig. 26



Fig. 27

Tecnica chirurgica

Assemblaggio in vivo

Non è consigliabile utilizzare la tecnica in vivo in pazienti con una scarsa qualità ossea.

Assemblare lo stelo definitivo sul manico dell'introduttore, accertarsi che quest'ultimo sia in posizione totalmente sbloccata e posizionare i braccetti di aggancio del manico dell'introduttore nelle asole mediale e laterale dello stelo definitivo. Quindi, comprimere e bloccare l'impugnatura per fissare l'assieme. Se utilizzata, assicurarsi di posizionare l'asta di versione sul lato del manico dell'introduttore corrispondente al lato operatorio del paziente (sinistro o destro).



Fig. 28



Fig. 29

Stelo omerale Flex PTC

NOTA

Si raccomanda di usare l'assemblaggio in vivo per lo stelo cementato.

Per impiantare uno stelo omerale Flex PTC, inserirlo nell'omero preparato facendo attenzione a mantenere la versione della resezione. Impattare lo stelo finché la sua sommità sia a filo sulla superficie resecata dell'omero (Fig. 28 e Fig. 29). Rimuovere il manico dell'introduttore e orientare la piattaforma inversa selezionata nella posizione desiderata. Alloggiare il cono utilizzando il manico dell'impattatore con punta per testa/piattaforma e continuare a impattare finché la base della piattaforma inversa non sia a filo con il taglio, quindi verificare la stabilità dell'impianto (Fig. 30, Fig. 31 e Fig. 32).



Fig. 30



Fig. 31



Fig. 32

Tecnica chirurgica

Stelo omerale cementato Flex

Per impiantare uno stelo omerale cementato Flex, irrigare e asciugare il canale omerale, quindi inserire un limitatore di efflusso del cemento. Iniettare il cemento nel canale midollare con una tecnica di cementazione standard e inserire lo stelo nel canale omerale. Far avanzare lo stelo finché la sua sommità non sia a filo con la superficie resecata dell'omero, prestando attenzione a non affondare troppo l'impianto.

Rimuovere il manico dell'introduttore e l'eventuale cemento in eccesso. Pulire e asciugare il cono dello stelo. Orientare la piattaforma inversa della misura selezionata nella posizione desiderata. Alloggiare il cono utilizzando il manico dell'impattatore con punta per testa/piattaforma. Per posizionare l'inserto, scegliere la misura e lo spessore stabiliti nella fase di prova e orientare l'inserto in modo che il contrassegno al laser sia allineato con l'aspetto più laterale della piattaforma. A scopo di verifica, la porzione più sottile dell'inserto deve trovarsi in posizione laterale e la porzione più spessa dell'inserto deve trovarsi in posizione mediale. Con l'inserto allineato, usare il manico dell'impattatore con la punta per inserto per alloggiare l'inserto nella piattaforma.

Considerazioni sulla chirurgia di revisione

Quando si esegue la revisione di un inlay, può essere necessario praticare una finestra ossea nell'omero prossimale al fine di ottenere l'accesso al cono dell'inserto della piattaforma inversa. A tale scopo, usare un osteotomo o una pinza ossivora per asportare una piccola sezione d'osso vicino alla piattaforma inversa. Ora che è possibile accedere al cono, incuneare il distrattore per testa tra il cono e lo stelo omerale e usare un martelletto per staccare ulteriormente il cono (Fig. 33 e Fig. 34).

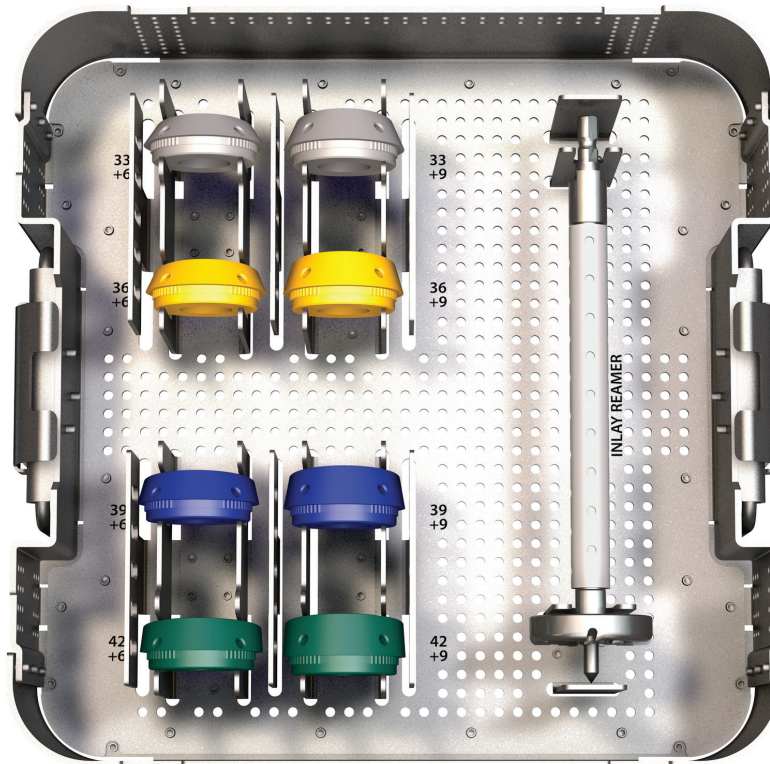


Fig. 33



Fig. 34

Componenti del sistema



Strumenti per inversa a 135° del sistema per spalla Tornier Flex (YKAD135)*

Cod. art.	Descrizione	Diametro	Spessore	Angolo
MWF356C	Inserto inverso di prova	33 mm	+6	C 7,5°
MWF357C	Inserto inverso di prova	33 mm	+9	C 7,5°
MWF361C	Inserto inverso di prova	36 mm	+6	C 7,5°
MWF362C	Inserto inverso di prova	36 mm	+9	C 7,5°
MWF391C	Inserto inverso di prova	39 mm	+6	C 7,5°
MWF392C	Inserto inverso di prova	39 mm	+9	C 7,5°
MWF421C	Inserto inverso di prova	42 mm	+6	C 7,5°
MWF422C	Inserto inverso di prova	42 mm	+9	C 7,5°
**ARS742900	Alesatore per inlay			

**FABBRICANTE LEGALE

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

RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO

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



*Questo set è disponibile solo su richiesta ed è obbligatorio per ottenere un angolo cervico-diafisario di 135°.

Note

Questo documento è destinato all'uso esclusivo da parte dei professionisti sanitari. Un chirurgo deve sempre avvalersi del proprio giudizio clinico professionale nel decidere se utilizzare un particolare prodotto nel trattamento del singolo paziente. Stryker non fornisce alcun parere medico e raccomanda che i chirurghi siano addestrati all'uso di qualsiasi particolare prodotto prima di utilizzarlo in ambito chirurgico.

Le informazioni presentate servono per illustrare un prodotto Stryker. Un chirurgo deve sempre far riferimento all'etichetta del prodotto e/o alle istruzioni per l'uso, comprese le istruzioni per la pulizia e la sterilizzazione (se del caso), prima di utilizzare qualsiasi prodotto Stryker. I prodotti potrebbero non essere disponibili in tutti i mercati, in quanto la loro disponibilità dipende dalle normative e/o dalle prassi mediche in vigore nei singoli mercati. Si prega di contattare il proprio rappresentante Stryker in caso di domande circa la disponibilità dei prodotti Stryker nella propria area.

È possibile richiedere le istruzioni per l'uso, le tecniche operatorie, le istruzioni per la pulizia, gli opuscoli informativi per il paziente e altri documenti simili online nel sito <http://ifu.wright.com>. In caso di salvataggio delle istruzioni per l'uso, delle tecniche operatorie e delle istruzioni per la pulizia dai siti sopracitati, prima dell'uso assicurarsi di disporre sempre della versione più recente.

Stryker Corporation o le sue divisioni o gli altri enti affiliati aziendali detengono, utilizzano o hanno presentato domanda per i seguenti marchi commerciali o marchi di servizio: Stryker, Tornier. Tutti gli altri marchi commerciali appartengono ai rispettivi proprietari o titolari.

I prodotti sopra elencati sono marcati CE.

ID contenuto: AP-011470B-IT, 11-2021

Copyright © 2021 Stryker

 **0123**
Fabbricante:
Tornier SAS
161 Rue Lavoisier
38330 Montbonnot
Saint Martin
Francia
+33 (0)4 76 61 35 00