

# Tornier Flex

Sistema de ombro  
Artroplastia do ombro invertida

**Adenda à técnica cirúrgica**



# Isenção de responsabilidade

Esta publicação apresenta procedimentos detalhados recomendados para a utilização de dispositivos e instrumentos da Stryker. Disponibiliza orientações, às quais deve prestar atenção, mas, como acontece com qualquer guia técnico, cada cirurgião deve considerar as necessidades particulares de cada doente e fazer os ajustes adequados, quando e conforme necessário.

## Importante

O doente deve ser advertido de que o dispositivo não é, e não pode ser, uma réplica de osso normal saudável, de que o implante pode partir-se ou danificar-se na sequência de atividade extenuante ou traumatismo e de que o dispositivo tem uma esperança de vida finita.

- O dispositivo pode, futuramente, vir a necessitar de ser revisto ou removido.
- São disponibilizadas, nas instruções de utilização aplicáveis, informações sobre limpeza e esterilização.
- Os dispositivos não estéreis, incluindo implantes e instrumentos, têm de ser limpos e esterilizados antes de serem utilizados, de acordo com métodos validados.
- Devem desmontar-se os dispositivos aptos para tal, antes do processamento no ponto de utilização.
- Além disso, os dispositivos com componentes móveis, que tornem a desmontagem difícil, devem ser articulados manualmente durante a etapa de processamento no ponto de utilização, para remover sujidade adicional.
- Tenha em atenção que a compatibilidade entre diferentes sistemas de produtos não foi testada, salvo se o contrário for especificado na rotulagem do produto.
- Consulte as instruções de utilização (<https://ifu.wright.com>) para obter uma lista completa dos potenciais efeitos adversos e acontecimentos adversos, contraindicações, advertências e precauções.
- O cirurgião deve alertar os doentes sobre os riscos cirúrgicos e deixá-los cientes sobre os efeitos adversos e os tratamentos alternativos.
- Um implante cuja embalagem esteja aberta ou danificada, ou cujo prazo de validade tenha sido ultrapassado, não pode ser utilizado. Devem ser tomadas todas as precauções para garantir a esterilidade na abertura da embalagem do implante e durante a implantação.

# Tornier Flex

## Sistema de ombro

### Índice

<b>1. Introdução.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Técnica cirúrgica.....</b>	<b>5</b>
Ressecção da cabeça umeral .....	5
Fresagem do inlay.....	6
Sovela iniciadora.....	7
Preparação distal.....	7
Medição do canal medular .....	7
Preparação proximal .....	9
Punção metafisário guiado.....	9
Compactação metafisária.....	10
Aspetos gerais do compactador .....	10
Montagem do compactador.....	10
Compactação .....	11
Preparação invertida .....	12
Experimentar os componentes invertidos de prova.....	12
Tabuleiro invertido.....	12
Remover a estrutura de prova.....	13
Implantação final .....	14
Montagem na mesa traseira .....	14
Montagem in vivo .....	16
Haste umeral PTC Flex .....	16
Haste umeral cimentada Flex.....	17
Considerações relativas à cirurgia de revisão .....	17
<b>3. Componentes do sistema .....</b>	<b>18</b>

# Introdução

O sistema de ombro Tornier Flex oferece diversas opções para substituição invertida do ombro. Ao contrário de outros sistemas de artroplastia invertida do ombro (reverse shoulder arthroplasty, RSA), o sistema de ombro Tornier Flex oferece ao cirurgião a capacidade de controlar a lateralização global para equilibrar melhor a tensão da articulação glenoumeral com várias opções. O sistema de ombro Tornier Flex oferece múltiplos ângulos da haste do colo invertido, tabuleiros e espessuras do implante de polietileno, e instrumentos para ajustar o desvio umeral.

O sistema de ombro Tornier Flex foi originalmente desenvolvido para obtenção de um ângulo de haste de colo invertido de 145°, utilizando a técnica cirúrgica de onlay padronizada.

Este guia fornece instruções sobre como conseguir um ângulo de haste de colo invertido de 135° ou 140° e sobre a utilização das extensões de linha dos instrumentos de inlay para melhorar as opções do sistema de ombro Tornier Flex.

Os ângulos da haste de colo invertido de 135°, 140° e 145° são compatíveis com ambas as técnicas cirúrgicas de onlay e inlay.

## Opções de ângulo da haste do colo invertido para 135° e 140°

Estrutura invertida	Haste umeral		Insero invertido	
	Ângulo	Inclinação	Ângulo	Inclinação
135°	A	127,5°	C	7,5°
140°	A	127,5°	B	12,5°
140°	B	132,5°	C	7,5°

## Opções de ângulo da haste do colo invertido para 145°

Estrutura invertida	Haste umeral		Insero invertido	
	Ângulo	Inclinação	Ângulo	Inclinação
145°	A	127,5°	A	17,5°
145°	B	132,5°	B	12,5°
145°	C	137,5°	C	7,5°

### ATENÇÃO

Para obter mais pormenores sobre o produto e como conseguir um ângulo de haste de colo invertido de 145° utilizando a técnica onlay, consulte a técnica cirúrgica padronizada para o sistema de ombro Tornier Flex.

# Técnica cirúrgica

## Ressecção da cabeça umeral

A ressecção da cabeça umeral é feita numa inclinação fixa de  $132,5^\circ$ . Está disponível um guia de corte para ressecção, para auxiliar na ressecção da cabeça umeral na artroplastia do ombro invertida.

A ponta do guia de corte invertido é inserida em linha com a haste umeral no ponto articulado da cabeça umeral. Deve ser centrada no plano anterior/posterior. Faça avançar o guia até o anel ficar ao nível da cabeça umeral (fig. 1 e fig. 2).

Para definir a versão umeral adequada antes da ressecção da cabeça umeral, pode posicionar-se uma vara de versão no orifício de versão pretendido ao longo do eixo do guia de corte. O guia é, depois, rodado até a vara de versão ficar alinhada com o antebraço do doente. Com o guia alinhado, a cabeça é ressecada na inclinação B  $132,5^\circ$  com uma serra oscilante abaixo do anel do guia de corte.

Para conseguir um ângulo de haste de colo invertido (Neck Shaft Angle, NSA) de  $135^\circ$ , a ressecção da cabeça umeral é feita a  $127,5^\circ$ . Está disponível um guia indicador do ângulo extramedular para auxiliar na ressecção da cabeça umeral.



Fig. 1

### ATENÇÃO

Pode utilizar como indicador de ângulo um compactador bloqueado no ângulo A- $127,5^\circ$ .

### ATENÇÃO

Para a implantação final da estrutura onlay, consulte a técnica cirúrgica padronizada para o sistema de ombro Tornier Flex, tendo em mente o ângulo da haste pretendido para o colo invertido final.



Fig. 2

### ATENÇÃO

A glenoide pode, agora, ser preparada. Depois de a glenoide ser implantada, a preparação do úmero pode começar.

# Técnica cirúrgica

## Fresagem do inlay

Preparar a superfície da cabeça umeral ressecada:

- Insira a fresa de inlay na broca cirúrgica ou pega em T.
- Centre a ponta da fresa de inlay na superfície da cabeça umeral ressecada. Não force a ponta para dentro da superfície óssea ressecada.
- Confirme circunferencialmente que não existem tecidos moles a tocar na fresa de inlay.
- Ligue a unidade motorizada em baixa potência e aplique força mínima até o rebordo da fresa de inlay estar nivelado com a superfície umeral ressecada (fig. 3 e fig. 4).



Fig. 3



Fig. 4

### ATENÇÃO

A fresa de inlay tem 40 mm de diâmetro. Antes de utilizar a fresa de inlay, certifique-se de que a anatomia do doente é suficientemente grande para acomodar o instrumento.

### ATENÇÃO

A realização da fresagem de inlay resultará em, aproximadamente, 7-10 mm de preparação umeral.

# Técnica cirúrgica

## Sovela iniciadora

Utilizando a sovela iniciadora, crie um orifício-piloto alinhado com o canal umeral no ponto articulado da ressecção (fig. 5).

A sovela iniciadora deve ser avançada até a parte estriada larga estar imediatamente abaixo do nível da ressecção. Isto cria um orifício-piloto para a primeira sonda (fig. 6).

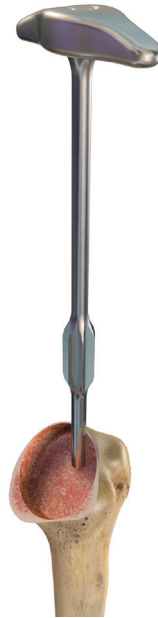


Fig. 5



Fig. 6

## Preparação distal Medição do tamanho do canal medular

As sondas (tamanhos: 1-2, 3-4, 5-6, 7-8) são utilizadas para determinar o limite superior do tamanho da haste umeral. As sondas foram concebidas para compactar osso que cria um leito ósseo denso para o implante final. Cada sonda é codificada por cores, que são correspondentes aos instrumentos que serão utilizados nos passos subsequentes. A haste proximal de cada sonda apresenta orifícios de versão. Pode colocar-se uma vara de versão no orifício adequado para garantir que as sondas são utilizadas na mesma versão umeral estabelecida durante a ressecção original da cabeça umeral (fig. 7).



Fig. 7

## Técnica cirúrgica

Para iniciar a colocação das sondas, insira-as através do orifício-piloto, começando com o tamanho 1-2 e aumentando progressivamente até entrar em contacto com a parede cortical do canal umeral. É importante orientar as sondas de modo que as partes planas oblongas das sondas fiquem alinhadas com o plano da ressecção. Estas partes planas alinham as estrias das sondas com a parte distal da geometria do implante umeral anatómico. Servem igualmente como um batente indicador da profundidade e identificam o limiar para o tamanho do implante umeral (fig. 8).

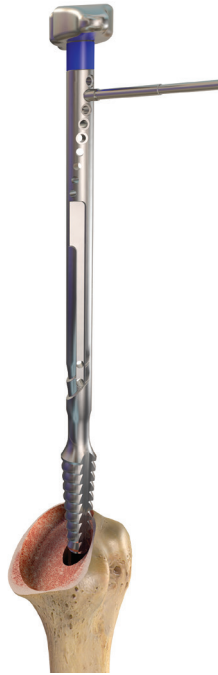


Fig. 8



Fig. 9

Quando a sonda chegar à parede cortical e ficar bem ajustada, pare e leia o número mais próximo da ressecção. Este número indicará o maior tamanho de haste que pode ser implantado em segurança. Se a sonda ficar entre tamanhos, selecione o menor dos dois números. Nesta altura, é importante deixar a sonda colocada (fig. 9).

### ATENÇÃO

As sondas não se destinam a cortar osso cortical. Consequentemente, não se deve utilizar um movimento de fresagem quando se entrar em contacto com osso cortical.

### ⚠ CUIDADO

Não bata na sonda.



# Técnica cirúrgica

## Preparação proximal

### ATENÇÃO

Antes de efetuar a punção medial, tome note da localização do modelo de punção para se certificar de que não existe contacto com o córtex medial. Se notar algum contacto, remova o modelo de punção e utilize um outro de tamanho inferior ou remova a sonda e avance para o passo de compactação.



Fig. 10

## Punção metafisário guiado

Com a sonda final colocada, selecione o modelo de punção correspondente. Como verificação, inspecione para se certificar de que a cor do modelo de punção corresponde à cor da sonda (fig. 10).

Fixe o modelo de punção à sonda nas ranhuras axiais e faça-o deslizar para baixo ao longo da sonda até o modelo ficar posicionado sobre a ressecção. Coloque o punção correspondente dentro do modelo e bata no punção com o impactador até sair pela parte de baixo do modelo (fig. 11).

O osso marcado tem de ser removido puxando a sonda, o punção e o modelo de punção na vertical para fora do úmero proximal.



Fig. 11

# Técnica cirúrgica

## **Compactação metafisária**

### **Aspetos gerais do compactador**

O sistema de ombro Tornier Flex disponibiliza hastes curtas e compridas e, por conseguinte, compactadores curtos e compridos.

As hastes curtas são disponibilizadas em três ângulos (A 127,5°, B 132,5°, C 137,5°) e destinam-se a ser utilizadas como implante anatómico e invertido. Quando utilizadas na configuração invertida, selecione o ângulo A 127,5° ou B 132,5°. As hastes compridas são disponibilizadas apenas no ângulo B 132,5° e destinam-se a ser utilizadas como implante invertido ou de revisão.

Os compactadores curtos e compridos foram concebidos com um corpo proximal que gira em torno do ponto médio e permite que um único compactador se ajuste aos três ângulos das hastes, o que agiliza o processo de preparação. O corpo proximal é bloqueado na devida posição através de um parafuso de fixação na parte inferior do cone, que é manipulado com a chave de inclinação de bloqueio de 2,5 mm.

## **Montagem do compactador**

Na preparação para um implante invertido, recomenda-se que, antes da impactação, se bloqueie o corpo proximal do compactador no ângulo A 127,5° ou B 132,5° pretendido. Este ângulo pode ser lido na parte de trás do compactador.

Para montar o compactador no punho do insersor, assegure-se de que o punho do insersor se encontra na posição totalmente desbloqueada, e coloque a base do grampo do punho do insersor nas ranhuras medial e lateral do compactador. Em seguida, aperte e bloqueie o punho para fixar o conjunto. Existe um batente de profundidade opcional que se fixará ao punho do insersor para assegurar que a haste fica encostada à superfície de ressecção.

O punho do insersor tem orifícios de versão opcionais concebidos para receberem a vara de versão, para auxiliar na orientação dos compactadores para a versão previamente determinada. Se utilizado, certifique-se de que a vara de versão é colocada no lado do punho do insersor que corresponde ao lado do doente que vai ser operado (esquerdo ou direito). Antes da extração, recomenda-se a remoção da vara de versão.

# Técnica cirúrgica

## Compactação

Recomenda-se começar com o compactador de tamanho 1 e compactar sequencialmente até se obter uma fixação satisfatória. A obtenção de uma fixação satisfatória pode ser avaliada por um ligeiro movimento de torção do punho do insersor. Durante este teste, o compactador não se deve mover dentro do úmero.

Coloque a ponta do compactador no orifício-piloto criado pelas sondas e oriente o conjunto na versão pré-selecionada. Isto garantirá que a versão criada com a ressecção se mantém durante o passo de compactação. Em alternativa, pode utilizar-se a vara de versão opcional anteriormente descrita para orientar o compactador na versão desejada, tendo o antebraço como referência (fig. 12).

Faça avançar o compactador até que fique encostado à superfície ressecada do úmero. Continue com a compactação progressiva até se obter o ajuste satisfatório anteriormente descrito (fig. 13).



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14

### ATENÇÃO

Quando não estiver a utilizar o batente de profundidade, é importante não bater no compactador além do nível da superfície ressecada.

Desaperte o punho do punho do insersor e deixe o compactador dentro do úmero como implante de prova.

Antes da remoção do punho, pode ser aconselhável voltar a apertar o parafuso de fixação (fig. 14).

### ATENÇÃO

Compactação metafisária para hastes cimentadas. Aquando da implantação de uma haste cimentada, tenha em atenção que as hastes são subdimensionadas em relação aos compactadores.

### ATENÇÃO

É importante não utilizar um compactador superior ao tamanho medido pela sonda para evitar o risco de fratura umeral.

# Técnica cirúrgica

## Preparação invertida

### Experimentar os componentes invertidos de prova

A experimentação de componentes invertidos de prova é extremamente importante para assegurar um desfecho clínico bem-sucedido.

Os componentes invertidos do sistema de ombro Tornier Flex são constituídos pelos tabuleiros invertidos, que são colocados na haste umeral e por insertos invertidos que se “encaixam” e alinham nos tabuleiros invertidos (fig. 15). Quando montados, estes dois componentes são designados coletivamente como adaptador invertido.



Fig. 15

## Tabuleiro invertido

No sistema de ombro Tornier Flex são disponibilizados vários tabuleiros invertidos.

### ATENÇÃO

Consulte a técnica cirúrgica padronizada do sistema de ombro Tornier Flex para todas as opções de tabuleiro invertido.

### ATENÇÃO

Estão disponíveis, mediante pedido, insertos adicionais para casos de instabilidade.

Escolha o desvio do tabuleiro invertido que, quando colocado no compactador, cubra toda a superfície umeral de inlay. Selecione a prova +0 desse desvio em particular. Insira as pontas do grampo de prova nos orifícios existentes nos lados da prova. A prova pode, depois, ser colocada no compactador e rodada para a localização desejada.



Fig. 16

### ATENÇÃO

Se o tabuleiro não couber como pretendido, pode ser necessário utilizar uma rugina para remover o excesso de osso.

Com a prova colocada na localização pretendida, insira a chave de retenção de 3,5 mm no parafuso do tabuleiro invertido de prova e faça avançar o parafuso para que bloqueie a prova em posição (fig. 16).

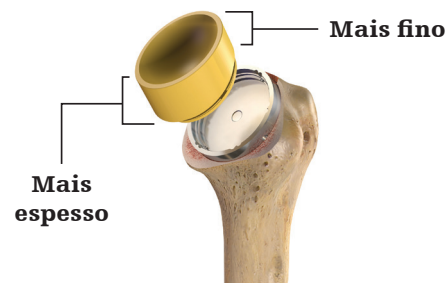


Fig. 17

Em seguida, selecione o inserto invertido de prova +6, que corresponde ao diâmetro da esfera glenoide. Oriente o inserto de prova de modo que a marcação a laser fique posicionada na posição mais lateral do úmero. Como verificação, a parte mais fina do inserto de prova deve ficar em posição lateral (superior) e a prova mais espessa do inserto de prova deve ficar medial (inferior) (fig. 17).

## Técnica cirúrgica

A prova umeral é depois reduzida para o interior da articulação para verificar a tensão do deltoide, a estabilidade, a amplitude de movimentos e o conflito. Se necessário, pode ajustar-se a espessura do implante de prova de modo que se obtenha a tensão de deltoide ideal.

### Remover a estrutura de prova

Depois de os componentes invertidos de prova terem sido confirmados, efetue a luxação do ombro e remova a estrutura de prova. (É importante deixar a estrutura de prova montada e removê-la como uma única peça, pois assim fornecerá informação necessária para montagem do implante final).

Para remover a estrutura de prova, enrosque a ponta do martelo cirúrgico de prova (com o punho até ao fundo para estabilizar a ponta) nas roscas situadas na cabeça do parafuso do tabuleiro invertido de prova.

#### ATENÇÃO

É importante que não aperte excessivamente as roscas do conjunto de prova (fig. 18).

Em seguida, faça deslizar o punho do martelo cirúrgico de prova, afastando-o da prova. Isto libertará a articulação giratória, permitindo que o punho se mova em qualquer direção. Oriente o punho numa posição superior e, com batidas incrementais, remova a estrutura de prova (fig. 19 e fig. 20).



Fig. 18

Depois de remover a estrutura de prova, desenrosque o martelo cirúrgico de prova. Caso se tenha utilizado um tabuleiro com desvio, determine a rotação, orientando a estrutura de prova de modo que a parte inferior do tabuleiro invertido de prova fique visível.

Um mostrador de relógio com números de 1-12 está marcado na parte inferior dos tabuleiros com desvio. Tome nota do número que se situa mais próximo do bordo mais lateral do compactador. Este número determina a posição do tabuleiro invertido final, uma vez que está relacionado com o entalhe no bordo lateral da haste final.



Fig. 19



Fig. 20

# Técnica cirúrgica

## Implantação final

### ATENÇÃO

O cirurgião deve inspecionar os cones do implante e as superfícies de encaixe para verificar se apresentam detritos ou manchas antes da montagem.

Os cones devem ser limpos e secos para montagem. Os implantes devem ser montados com luvas limpas. O implante final deve ser montado na mesa traseira ou in vivo.

## Montagem na mesa traseira

Coloque a haste umeral definitiva escolhida (respeitando o tamanho e o ângulo da prova) na ranhura adequada do suporte de impactação. As ranhuras da haste padrão situam-se num dos lados do bloco de impactação e as ranhuras da haste longa situam-se numa localização diretamente oposta às ranhuras da haste padrão. Cada um dos lados do bloco de impactação está dividido em duas secções, dependendo do tamanho (1-4, 5-8) (fig. 21 e fig. 22).

Com a haste definitiva na mão, oriente o tabuleiro invertido selecionado para a posição previamente determinada. Em seguida, coloque o conjunto de implante na ranhura apropriada do bloco de impactação. Assente o cone, utilizando o punho do impactador com a ponta do impactador de cabeça/tabuleiro. (fig. 23).

Aplice a placa de retenção ao tabuleiro orientado na orientação cima/baixo correta, e ligue o punho do insersor (fig. 24).

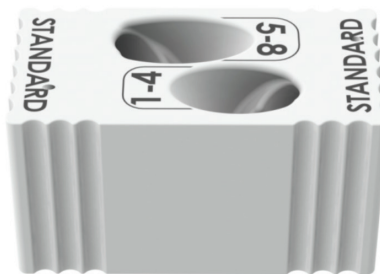


Fig. 21

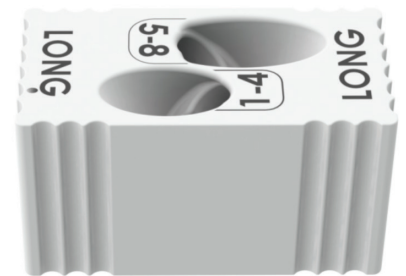


Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24



# Técnica cirúrgica

Coloque o implante umeral definitivo no canal umeral preparado e bata até a profundidade previamente determinada do tabuleiro do inlay estar nivelada com o úmero preparado. Tenha cuidado para manter a versão pré-selecionada (utilize a haste de versão, se necessário) e não insira o tabuleiro mais profundamente do que a prova anterior (fig. 25 e fig. 26). Coloque o implante de polietileno definitivo, bata, utilizando o punho do impactador com a ponta do impactador de cabeça/tabuleiro, até que fique no lugar e reduza o implante umeral (fig. 27).



**Fig. 25**



**Fig. 26**



**Fig. 27**

## Técnica cirúrgica

### Montagem in vivo

Não se aconselha a utilizar a técnica in vivo em doentes com osso de fraca qualidade.

Monte a haste final no punho do insersor, assegurando-se de que o punho do insersor se encontra na posição totalmente desbloqueada, e coloque a base do grampo do punho do insersor nas ranhuras medial e lateral da haste final. Em seguida, aperte e bloqueie o punho para fixar o conjunto. Se utilizado, certifique-se de que a vara de versão é colocada no lado do punho do insersor que corresponde ao lado do doente que vai ser operado (esquerdo ou direito).

### Haste umeral PTC Flex

#### ATENÇÃO

Recomenda-se utilizar a montagem in vivo para a haste cimentada.

Para implantar uma haste umeral PTC Flex, insira a haste no úmero preparado, tendo cuidado para manter a versão da ressecção.

Bata na haste até o topo ficar encostado à superfície ressecada do úmero (fig. 28 e fig. 29). Retire o punho do insersor e oriente o tabuleiro invertido selecionado para a localização pretendida. Assente o cone, utilizando o punho do impactador com a ponta do impactador de cabeça/tabuleiro e continue a bater até a parte inferior do tabuleiro invertido ficar encostada ao corte, e verifique a estabilidade do implante (fig. 30, fig. 31 e fig. 32).



Fig. 28



Fig. 29



Fig. 30



Fig. 31



Fig. 32



# Técnica cirúrgica

## Haste umeral cimentada Flex

Para implantar a haste umeral cimentada Flex, irrigue e seque o canal umeral e, em seguida insira um limitador de cimento. Injete cimento no canal medular, utilizando uma técnica de cimentação padrão, e insira a haste no canal umeral. Faça avançar a haste até o topo estar encostado à superfície ressecada do úmero, tendo cuidado para não efetuar a escareação do implante.

Remova o punho do insersor e qualquer excesso de cimento. Limpe e seque o cone da haste. Oriente o tabuleiro invertido de tamanho selecionado para a localização pretendida. Assente o cone, utilizando o punho do impactador com a ponta do impactador da cabeça/tabuleiro. Para colocar o inserto, selecione o tamanho e a espessura determinados durante o passo de experimentação de provas e oriente-o de modo que a marcação a laser fique alinhada com a face mais lateral do tabuleiro. Como verificação, a parte mais fina do inserto deve ficar em posição lateral e a prova mais espessa do inserto deve ficar medial. Com o inserto alinhado, utilize o punho do impactador com a ponta do impactador do inserto para assentar o inserto no tabuleiro.

## Considerações relativas à cirurgia de revisão

Ao rever um inlay, pode ser necessário criar uma janela óssea no úmero proximal para obter acesso ao cone do inserto do tabuleiro invertido. Para o conseguir, utilize um osteótomo ou uma rugina para remover uma pequena secção de osso próximo do tabuleiro invertido. Agora que consegue aceder ao cone, coloque o distrator da cabeça em cunha entre o cone e a haste umeral, e utilize um martelo para desengatar ainda mais o cone (fig. 33 e fig. 34).

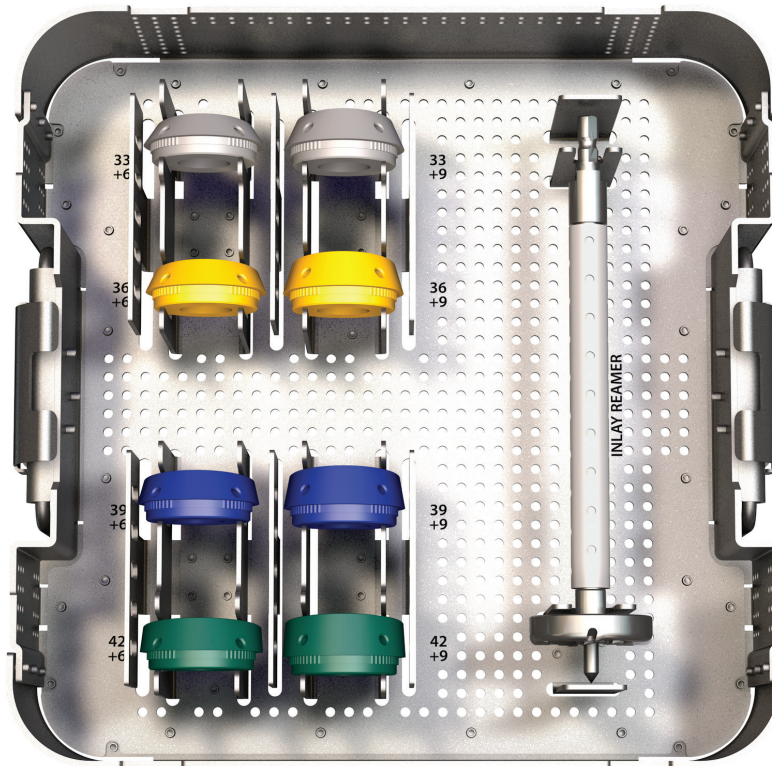


Fig. 33



Fig. 34

## Componentes do sistema



### Instrumentos invertidos de 135° do sistema de ombro Tornier Flex (YKAD135)\*

N.º catálogo	Descrição	Diâmetro	Espessura	Ângulo
MWF356C	Inserto invertido de prova	33 mm	+6	C 7,5°
MWF357C	Inserto invertido de prova	33 mm	+9	C 7,5°
MWF361C	Inserto invertido de prova	36 mm	+6	C 7,5°
MWF362C	Inserto invertido de prova	36 mm	+9	C 7,5°
MWF391C	Inserto invertido de prova	39 mm	+6	C 7,5°
MWF392C	Inserto invertido de prova	39 mm	+9	C 7,5°
MWF421C	Inserto invertido de prova	42 mm	+6	C 7,5°
MWF422C	Inserto invertido de prova	42 mm	+9	C 7,5°
**ARS742900	Fresa de inlay			

#### \*\*FABRICANTE LEGAL

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

#### MANDATÁRIO

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



\*Este conjunto só está disponível mediante pedido e é obrigatório para obter um ângulo de haste do colo invertido de 135°.

# Notas

Este documento destina-se exclusivamente à utilização por profissionais de saúde. Um cirurgião deve basear-se sempre na sua própria avaliação clínica profissional, ao decidir se deve utilizar um determinado produto no tratamento de um doente específico. A Stryker não dispensa o aconselhamento médico e recomenda que os cirurgiões sejam experientes na utilização de qualquer produto específico, antes de o utilizar em cirurgia.

A informação apresentada destina-se a demonstrar um produto Stryker. Um cirurgião deve consultar sempre o rótulo do produto e/ou as instruções de utilização, incluindo as instruções para limpeza e esterilização (se aplicável), antes de utilizar qualquer produto Stryker. Os produtos podem não estar disponíveis em todos os mercados, uma vez que a respetiva disponibilidade está sujeita às práticas regulamentares e/ou médicas de cada mercado. Entre em contacto com o seu representante Stryker, caso tenha dúvidas sobre a disponibilidade de produtos Stryker na sua área.

As instruções de utilização, as técnicas cirúrgicas, as instruções para limpeza, os folhetos informativos para doentes e outra documentação associada podem ser solicitados on-line em <http://ifu.wright.com>. Se guardar as instruções de utilização, as técnicas cirúrgicas e as instruções para limpeza dos websites supramencionados, certifique-se de que tem sempre a versão mais atualizada antes de utilizar.

A Stryker Corporation ou as suas divisões ou outras entidades corporativas afiliadas possuem, utilizam ou solicitaram as seguintes marcas registadas ou marcas comerciais: Stryker, Tornier. Todas as outras marcas comerciais são marcas comerciais dos respetivos proprietários ou detentores.

Os produtos anteriormente indicados são detentores de marcação CE.

ID do conteúdo: AP-011470B-PT, 11-2021  
Copyright © 2021 Stryker

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