Polso

stryker®

Trauma & Extremities

VariAx® 2

Sistema di placche di bloccaggio radio distale

Tecnica operatoria

- Placche volari anatomiche e universali
- Placche dorsali
- Placche specifiche per frammenti
- Placche volari anatomiche XXL
- Strumenti e viti VariAx 2 con codice colore

Polso

Sistema di placche di bloccaggio radio distale VariAx 2

Questa pubblicazione illustra in dettaglio le procedure consigliate per l'uso dei dispositivi e degli strumenti Stryker.

Descrive i criteri guida da seguire, tuttavia, come per tutte le guide tecniche di questo genere, ogni chirurgo deve considerare le esigenze specifiche di ciascun paziente e, se necessario, apportare le opportune modifiche.

Si consiglia di seguire un corso di formazione prima di iniziare a utilizzare il sistema.

Tutti i dispositivi non sterili devono essere sottoposti a pulizia e sterilizzazione prima dell'uso. Seguire quanto indicato nella guida di ricondizionamento (L24002000). Gli strumenti multicomponente devono essere smontati prima della pulizia. Fare riferimento alle relative istruzioni di montaggio/smontaggio.

Tenere presente che la compatibilità di sistemi di prodotti diversi non è stata testata, salvo i casi in cui diversamente specificato nell'etichetta del prodotto.

Per l'elenco completo dei possibili effetti indesiderati, delle controindicazioni, delle avvertenze e delle precauzioni, leggere il foglio illustrativo (90-03200, 90-01953, V15011 e V15013). Se necessario, il chirurgo deve discutere con il paziente tutti i rischi connessi, compresa la durata limitata nel tempo del dispositivo.

Indice

		Pagina
1.	**Indicazioni, precauzioni e controindicazioni**	**4**
2.	**Panoramica**	**5**
	Opzioni placche	5
	Opzioni viti/peg	5
3.	**Tecnica operatoria**	**8**
	Placca volare anatomica	8
	Placca volare universale	10
	Placca dorsale	12
	Placca radio distale laterale	14
	Blocco puntatore	17

Indicazioni, precauzioni e controindicazioni

Uso previsto

Il sistema di bloccaggio radio distale VariAx 2, che include placche volari XXL per fratture del radio distale, è concepito per interventi di fissaggio interno di fratture di piccole ossa, fra cui principalmente le fratture del radio distale.

Indicazioni

Fratture da compressione, fratture intra-articolari ed extra-articolari e fratture dislocate. Le indicazioni aggiuntive riportate di seguito riguardano solo le placche volari XXL per fratture del radio distale: osteotomie, unioni mancate e unioni imperfette.

Precauzioni

I sistemi Stryker non sono stati sottoposti a test di valutazione in rapporto alla sicurezza e alla compatibilità in ambienti RM né a test di riscaldamento e di migrazione in ambienti RM, salvo nei casi in cui diversamente specificato nell'etichetta del prodotto.

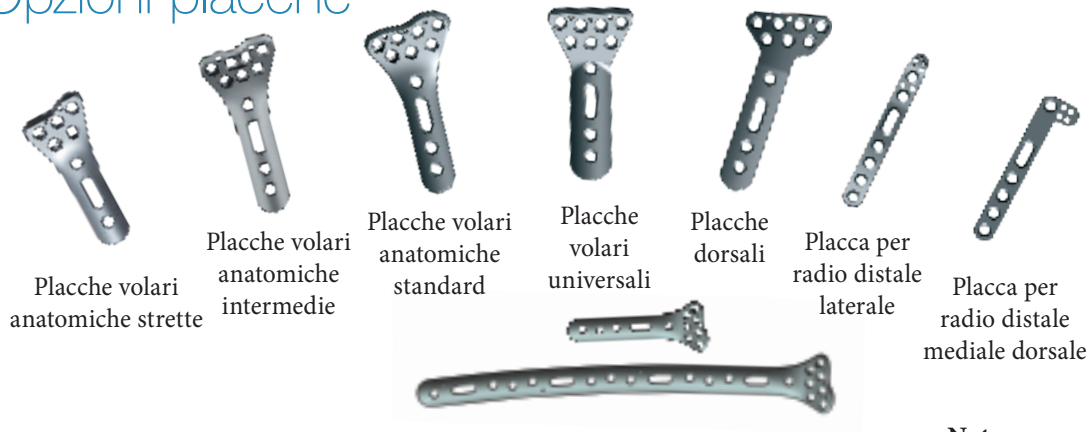
Controindicazioni

La preparazione, la pratica e il giudizio professionale del medico sono aspetti su cui fare affidamento nella scelta del dispositivo e del trattamento più appropriati. Le seguenti controindicazioni possono essere di carattere relativo o assoluto e il chirurgo ne deve tenere conto:

- Qualsiasi infezione attiva o latente sospetta o un'infiammazione locale marcata nell'area interessata o in prossimità della stessa
- Una vascolarità compromessa che potrebbe inibire un adeguato apporto di sangue a livello della frattura o al sito operatorio
- Patrimonio osseo compromesso da malattia, infezione o precedente impianto e quindi non in grado di fornire un supporto e/o un fissaggio adeguati dei dispositivi
- Sensibilità al materiale, documentata o sospetta
- Obesità. Un paziente in sovrappeso o obeso può provocare carichi sull'impianto tali da determinare l'insuccesso del fissaggio del dispositivo o l'insuccesso del dispositivo stesso
- Pazienti con un'insufficiente copertura di tessuto sul sito operatorio
- Utilizzo dell'impianto che potrebbe interferire con le strutture anatomiche o il rendimento fisiologico
- Qualsiasi disturbo mentale o neuromuscolare che potrebbe costituire un rischio inaccettabile di insuccesso del fissaggio o complicanze nelle cure postoperatorie
- Altre condizioni mediche o chirurgiche che potrebbero precludere il potenziale beneficio di un intervento chirurgico

Panoramica

Opzioni placche



Placche volari anatomiche strette

Placche volari anatomiche intermedie

Placche volari anatomiche standard

Placche volari universali

Placche dorsali

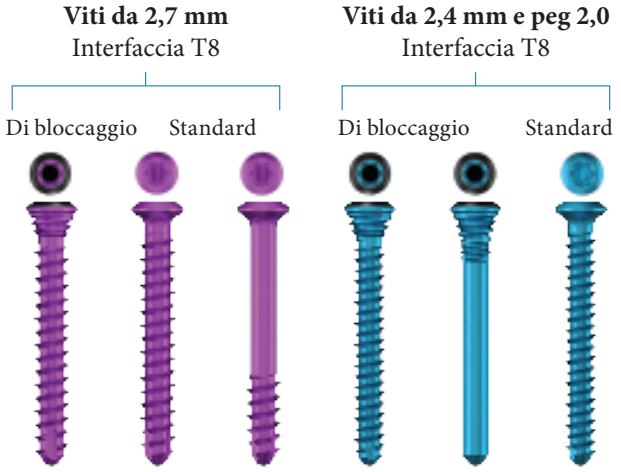
Placca per radio distale laterale

Placca per radio distale mediale dorsale

Placche volari anatomiche XXL

Nota:
Le misure delle placche non sono in scala.

Codice colore e opzioni viti/peg

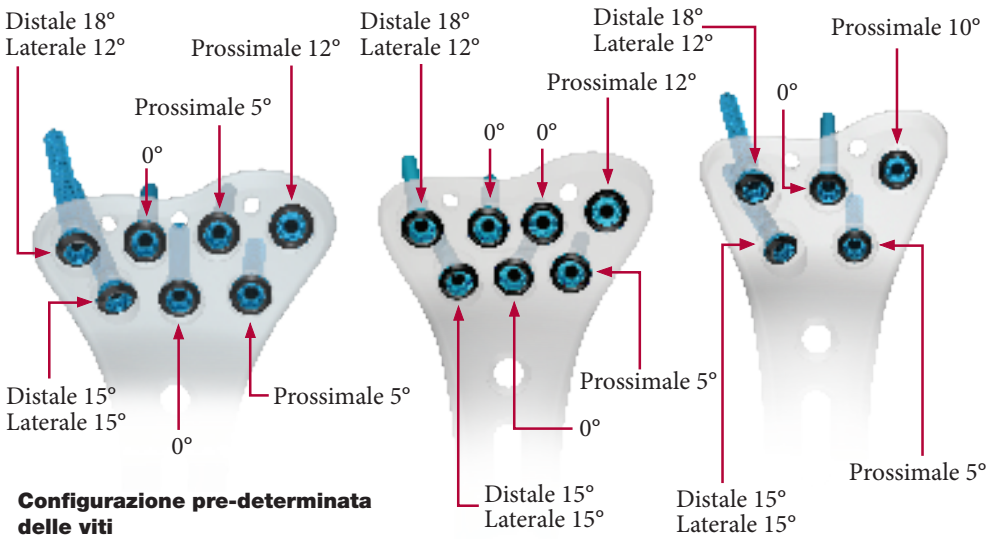


Nota:

- **In qualsiasi foro tondo possono essere inserite sia viti di bloccaggio che standard.**
- **Per evitare il disimpegno della lama del cacciavite dalla vite durante l'inserimento, si consiglia di esercitare una pressione assiale.**
- **Durante il serraggio finale della vite di bloccaggio, prestare attenzione a non applicare un'eccessiva forza di torsione sulla vite. Una torsione eccessiva può danneggiare il meccanismo di bloccaggio, la vite e/o la lama del cacciavite.**

Fori delle viti distali pre-angolati

I fori delle viti distali nelle placche anatomiche presentano un'angolazione per fornire una configurazione pre-determinata delle viti nel blocco osseo distale. L'immagine mostra le diverse traiettorie. Durante la perforazione con un angolo di 0° rispetto al foro della placca, vengono raggiunte le traiettorie della vite, mostrate di seguito, relativamente alla superficie della placca. Questa è una configurazione delle viti raggiunta anche utilizzando un blocco puntatore.



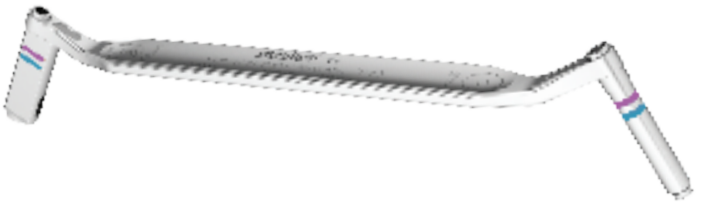
Configurazione pre-determinata delle viti

Panoramica

Guida per punta da trapano di compressione/ad angolo variabile SmartLock[1]

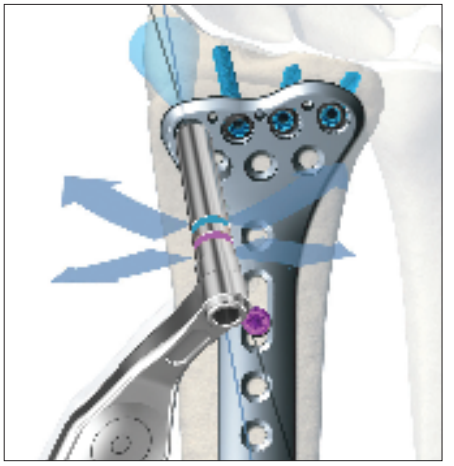
Consente un'angolazione di ± 15°. Un bordo della cannula per punta di trapano si aggancia e consente la rotazione nel foro. L'intervallo di rotazione della guida di perforazione crea un cono di 30°; ogni angolo di questo intervallo sarà in posizione di blocco. Ciò può consentire al chirurgo di determinare il punto di posizionamento della vite o del peg. Inoltre, a seconda del posizionamento della placca, può essere necessario angolare una vite o un peg fuori dalla linea della frattura.

La guida per punta da trapano da 2,0 mm per le viti T8 (703684) facilita l'esecuzione centrata di un foro pilota di 2,0 mm per una vite T8 da 2,4 o 2,7 mm o un peg da 2,0 mm per viti di bloccaggio e standard. Inoltre, se si desidera una compressione, il lato opposto della guida facilita la perforazione eccentrica da utilizzare per un foro per vite da compressione.



Nota:

- **Durante la perforazione eccentrica, la freccia contrassegnata sul lato di compressione della guida deve essere rivolta verso la linea di frattura.**
- **L'uso di una delle guide fornite per la preparazione del foro della vite è obbligatorio. Il mancato uso di una guida può provocare un fresaggio al di fuori dell'intervallo di blocco specificato e compromettere le capacità di bloccaggio.**
- **Prima inserire completamente la guida nel foro e poi orientare la fresa nella direzione desiderata.**



Punte da trapano e guide di perforazione per puntellamento

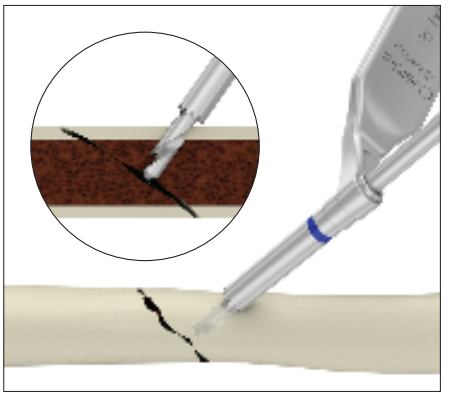
Oltre alle punte da trapano e alle guide di perforazione standard, sono disponibili numerose soluzioni per eseguire autonomamente la tecnica con viti cefaliche.

Sono disponibili punte da trapano per foro di scorrimento dedicate per ciascuna dimensione della vite per la perforazione della corticale prossimale quando si posiziona autonomamente una vite cefalica. Oltre a essere contrassegnate con il diametro effettivo della punta da trapano sull'accoppiamento AO, queste punte da trapano per foro di scorrimento vengono anche contrassegnate con un solo anello colorato corrispondente al diametro della vite desiderata. Questo contrassegno corrisponde al contrassegno sul lato corretto della guida di perforazione per il puntellamento.

Nota:

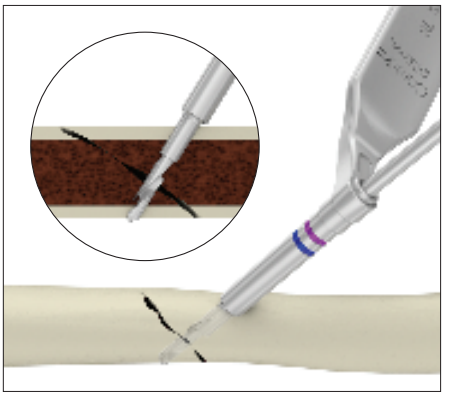
Far corrispondere sempre il contrassegno colorato dell'anello sulla punta da trapano con il contrassegno colorato sulla guida di perforazione. Inoltre, far corrispondere sempre il colore di anodizzazione della vite con almeno uno dei contrassegni colorati dell'anello.

Per inserire una vite cefalica indipendentemente da una placca, utilizzare le guide per punta da trapano per viti cefaliche indipendenti (703688 per viti da 2,4 mm e 703884 per viti da 2,7 mm). Innanzi tutto la corticale prossimale deve essere perforata utilizzando la parte laterale della guida di perforazione contrassegnata con un solo anello colorato per creare un foro di scorrimento (Fase 1)



Fase 1.

Può essere quindi utilizzata l'altra parte della guida (contrassegnata con due anelli colorati) inserendo l'estremità "cilindrica" nel foro di scorrimento già perforato e utilizzando la punta da trapano standard per perforare fino alla seconda corticale (Fase 2).



Fase 2.

La punta da trapano standard è graduata per determinare la lunghezza appropriata della vite. Una volta inserita la vite,

questa tecnica servirà per puntellare la corticale distale verso la corticale prossimale, applicando una compressione.

Nota:

Prestare attenzione quando si utilizza la guida di perforazione per viti cefaliche indipendenti per eseguire un foro nella placca, in quanto la punta della guida di perforazione potrebbe danneggiarla.

1. La tecnologia SmartLock è stata brevettata dal Professor Dietmar Wolter, Amburgo (Germania)

Panoramica

Impugnatura modulare

VariAx 2 offre un sistema di impugnatura modulare, che comprende due impugnature di misura differente (media e grande), che possono essere scambiate con un inserto a cricchetto per raccordo AO bidirezionale o con un inserto per raccordo AO standard.
Entrambe le misure delle impugnature sono provviste di cappucci avvitabili per permettere l'inserimento tramite l'uso della tecnica a due dita. Per liberare l'inserto dall'impugnatura, spingere verso il basso il pulsante sulla parte distale dell'impugnatura e tirare l'inserto nella direzione opposta rispetto all'impugnatura.

Nota:

Prima della pulizia, gli inserti devono essere rimossi dalle impugnature.

L'inserto a cricchetto può funzionare in tre diverse modalità: regolazione in senso orario, regolazione in senso antiorario e neutra. Per cambiare modalità, è sufficiente ruotare la parte distale dell'inserto nella direzione desiderata.

Impugnatura grande (703920)

Inserto a cricchetto (703922)

Impugnatura media (703921)

Inserto per accoppiamento AO (703923)

Nota:

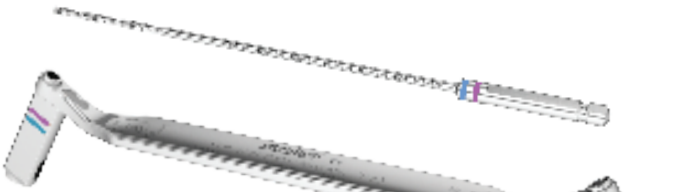
Per assicurare un funzionamento appropriato del meccanismo a cricchetto, eseguire la manutenzione necessaria per l'inserto, applicando olio lubrificante per uso medico attraverso le aperture contrassegnate.

Opzioni per la misurazione della profondità

VariAx 2 offre varie opzioni per valutare la lunghezza della vite. Tutte le punte da trapano sono graduate, in modo da consentire al chirurgo di valutare la lunghezza della vite quando utilizza il trapano nelle guide di perforazione dedicate.

Al chirurgo viene fornita anche una SpeedGuide (703891 per punta da trapano 2,0 e 703888 per cannula SpeedGuide) che consente la perforazione e la misurazione della profondità del foro in un unico passaggio e con un solo strumento. Per ulteriori informazioni sulla SpeedGuide, consultare il manuale di tecnica operatoria di SpeedGuide.

Infine si potrebbe utilizzare un misuratore di profondità standard (705170 o 703885 per l'uso con i blocchi puntatori), sia in modo autonomo che attraverso il foro della placca.



Punta da trapano graduata e guida di perforazione

SpeedGuide

Misuratore di profondità

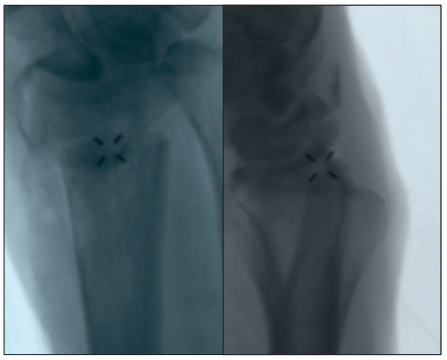
Maschiatori

Nel sistema sono disponibili maschiatori da 2,4 mm e da 2,7 mm (703900 per viti da 2,4 mm e 703889 per viti da 2,7 mm). Sebbene tutte le viti siano autofilettanti, è consigliabile utilizzare un maschiatore se si avverte eccessiva resistenza durante l'inserimento o se l'osso è denso.

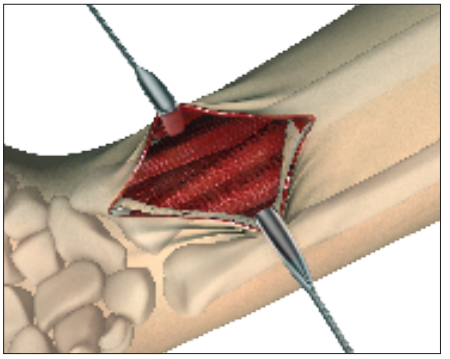
Maschiatori

Tecnica operatoria

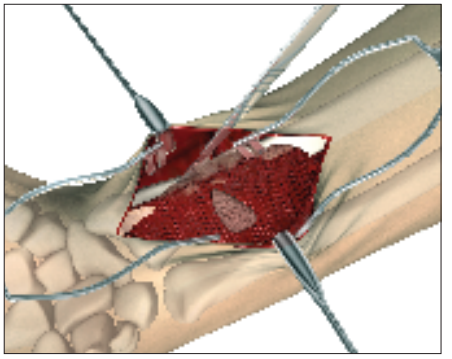
Placca volare anatomica



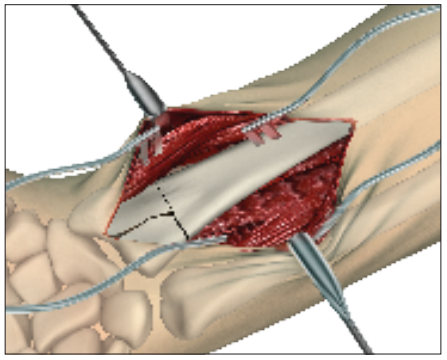
1. Viene praticata un'incisione di circa 5 - 8 cm in sede radiale rispetto al tendine FCR. Se è necessaria una maggiore esposizione, l'incisione può essere estesa in direzione radiale a 45° lungo le pliche di flessione del polso.



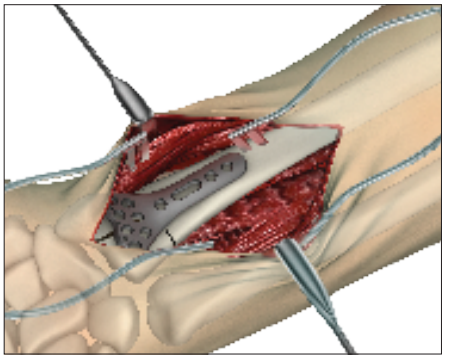
2. Il tendine FCR viene retratto in direzione ulnare e viene eseguita una dissezione verso il basso attraverso il pavimento della guaina del tendine.



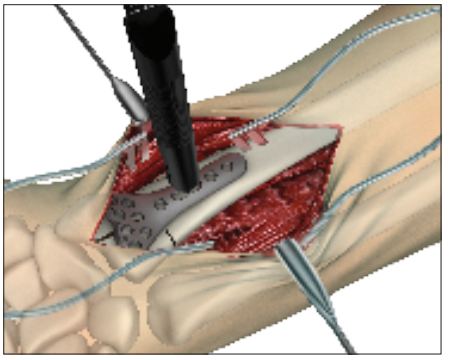
3. Il muscolo pronatore quadrato viene identificato e dissezionato completamente staccandolo dalla superficie volare del radio e formando un lembo con base ulnare.
4. L'inserzione del brachioradiale può essere rilasciata.



5. La frattura viene visualizzata e ridotta.
6. Può essere utile l'uso della trazione esterna e/o di fili di Kirschner per il fissaggio temporaneo. L'uso della fluoroscopia AP/laterale è utile per determinare la riduzione corretta della frattura e la posizione della placca.



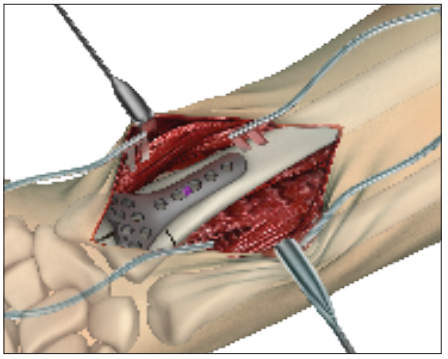
7. Scegliere l'impianto adatto in base all'anatomia del paziente e al tipo di frattura.
8. La placca dovrebbe essere posizionata poco sotto il margine distale del radio, in modo da supportare i frammenti della frattura della parte volare dell'articolazione e anche evitare l'inserimento di viti o peg nell'articolazione.



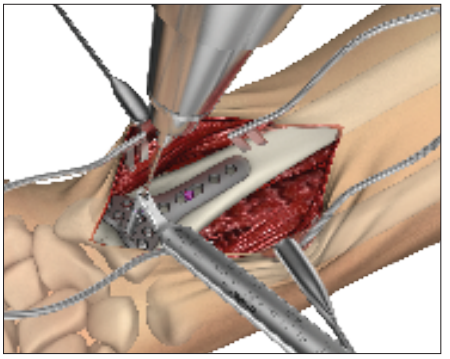
9. Fili di Kirschner zebrati (07-40281) e/o con oliva (56-40281) possono essere usati per il fissaggio temporaneo durante la valutazione del posizionamento della placca.
10. Il primo foro pilota dovrebbe essere praticato nel foro di scorrimento oblungo usando la guida di perforazione appropriata.
11. Usare il misuratore di profondità (705170 o 703885 per l'uso con i blocchi puntatori) per determinare la lunghezza della vite.

Tecnica operatoria

Placca volare anatomica

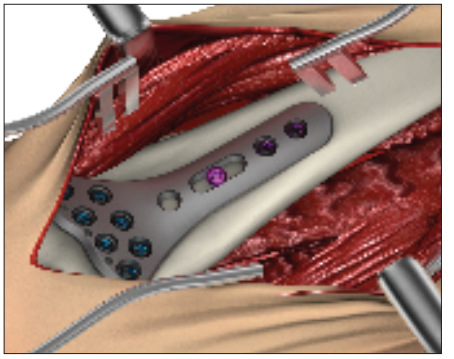


12. Una vite standard viene posizionata nel foro di scorrimento oblungo senza serrarla completamente per consentire l'aggiustamento della placca in direzione distale o prossimale.
13. Una volta confermato mediante fluoroscopia il posizionamento corretto della placca volare anatomica, stringere la prima vite.
14. Una volta determinata la posizione della placca, è il momento di decidere quale guida di perforazione usare in base alle proprie preferenze e/o al tipo di frattura.



15. Usando la guida di perforazione desiderata, ripetere il fresaggio, la misurazione e il posizionamento di viti/peg nei fori distali.
16. Posizionare viti di bloccaggio o standard all'estremità prossimale della placca.

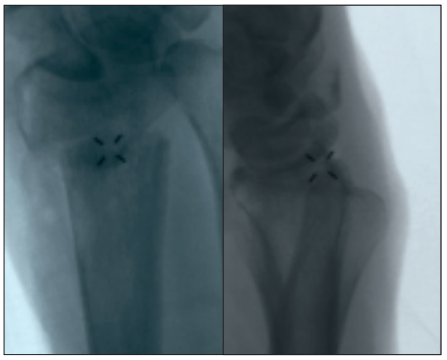
Nota:
Le punte delle viti nei fori distali non dovrebbero sporgere a livello della corticale distale per non danneggiare i tendini estensori.



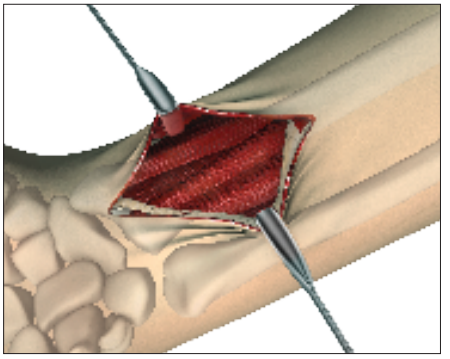
17. Verificare il posizionamento corretto di viti/peg mediante fluoroscopia per assicurarsi che non penetrino nell'articolazione.
18. Chiudere l'incisione.

Tecnica operatoria

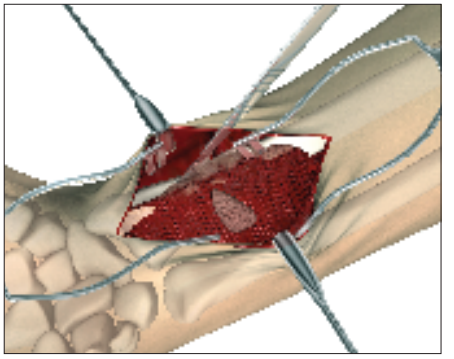
Placca volare universale



1. Viene praticata un'incisione di circa 5 - 8 cm direttamente in corrispondenza del tendine FCR. Se è necessaria una maggiore esposizione, l'incisione può essere estesa in direzione radiale a 45° lungo le pliche di flessione del polso.

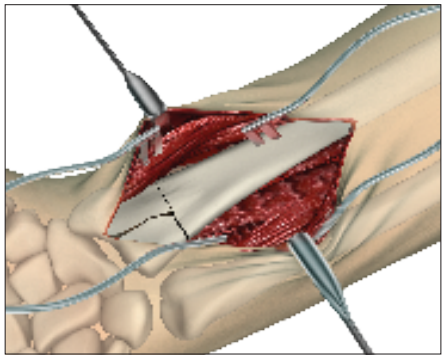


2. Il tendine FCR viene retratto in direzione ulnare e viene eseguita una dissezione verso il basso attraverso il pavimento della guaina del tendine.



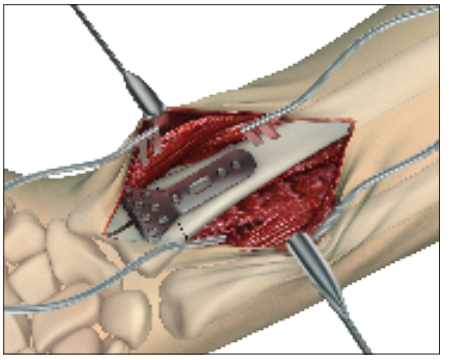
3. Il muscolo pronatore quadrato viene identificato e dissezionato completamente staccandolo dalla superficie volare del radio e formando un lembo con base ulnare.

4. L'inserzione del brachioradiale può essere rilasciata.



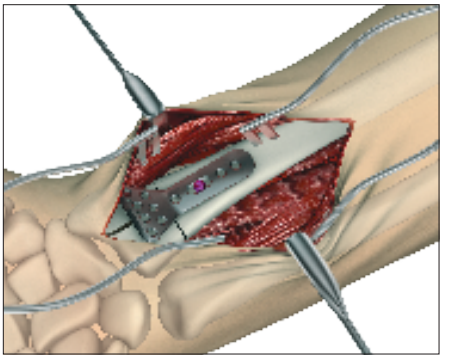
5. La frattura viene visualizzata.

6. La frattura viene ridotta. L'uso della trazione esterna e/o di fili di Kirschner per il fissaggio temporaneo potrebbe essere utile.



7. La placca dovrebbe essere posizionata poco sotto il margine distale del radio distale per evitare l'inserimento di viti o peg nell'articolazione. L'uso della fluoroscopia AP/laterale è utile per determinare la riduzione corretta della frattura e la posizione della placca.

8. Si possono usare fili di Kirschner per il fissaggio temporaneo.



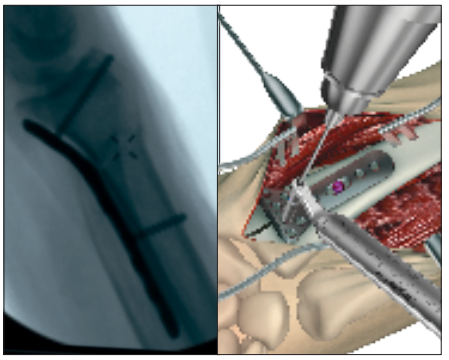
9. Il primo foro pilota dovrebbe essere praticato nel foro di scorrimento oblungo usando la guida di perforazione appropriata.

10. Misurare la profondità del foro per determinare la lunghezza della vite.

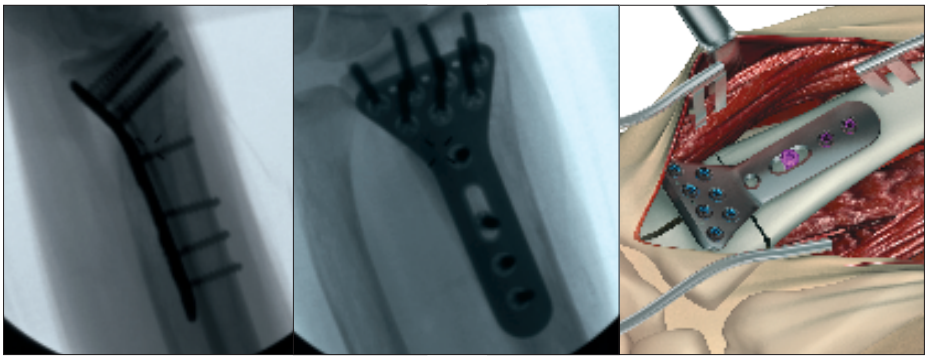
11. La vite viene posizionata nel foro di scorrimento oblungo ma non stretta completamente per consentire l'aggiustamento della placca in direzione distale o prossimale.

Tecnica operatoria

Placca volare universale



12. Una volta confermato il posizionamento corretto della placca volare mediante fluoroscopia, stringere la prima vite.
13. Ripetere il fresaggio, la misurazione e il posizionamento di viti/peg nei fori distali della placca. La posizione e il numero delle viti applicate dipendono dal tipo di frattura.



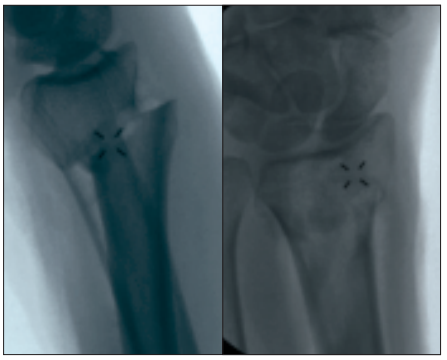
14. Posizionare viti di bloccaggio o standard all'estremità prossimale della placca.
15. Verificare il posizionamento corretto delle viti e dei peg mediante fluoroscopia per assicurarsi che non penetrino nell'articolazione.
16. Chiudere l'incisione.

Nota:

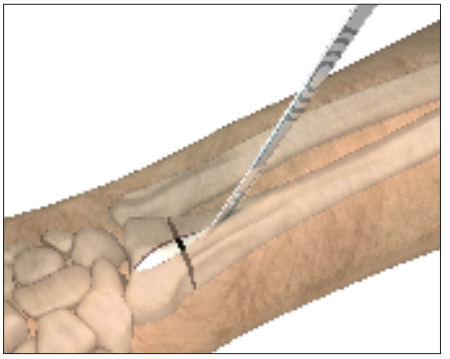
Le punte delle viti nei fori distali non dovrebbero sporgere a livello della corticale distale per non danneggiare i tendini estensori.

Tecnica operatoria

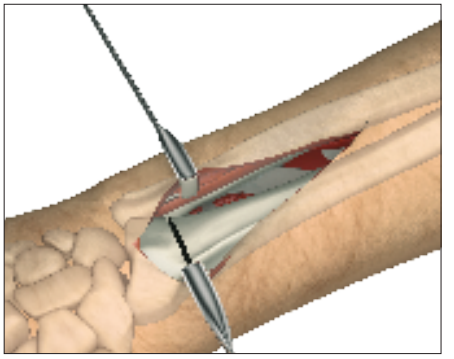
Placca dorsale



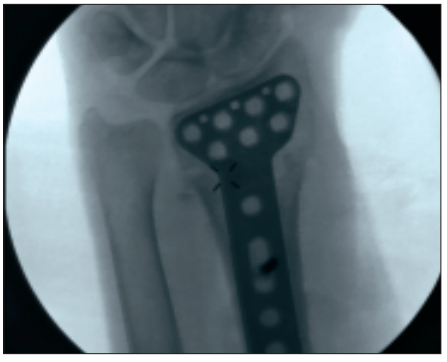
1. Viene praticata un'incisione longitudinale in direzione ulnare rispetto al tubercolo di Lister nella regione distale del radio.



2. Viene effettuata una dissezione fino al legamento dorsale del carpo. Viene aperto il terzo compartimento e l'estensore lungo del pollice viene spostato in direzione radiale.

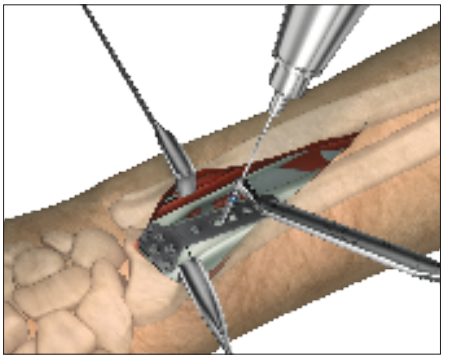


3. Gli estensori del polso del secondo compartimento vengono sollevati in sede sottoperiostale in direzione radiale mentre il quarto compartimento viene elevato in sede sottoperiostale in direzione ulnare. I rami terminali del nervo interosseo posteriore possono essere escissi per alleviare il dolore.

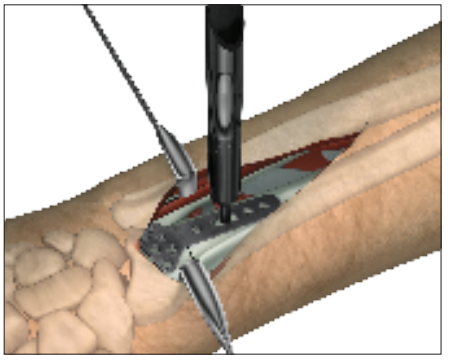


4. La frattura viene ridotta. L'uso di un dispositivo di trazione esterno e/o di fili di Kirschner per il fissaggio temporaneo può essere utile.

5. Se necessario, adattare la placca per un posizionamento anatomicamente corretto. Può essere necessario rimuovere il tubercolo di Lister.



6. La placca dovrebbe essere posizionata in sede leggermente prossimale rispetto al margine distale del radio distale per evitare l'inserimento di viti/peg nell'articolazione. Il posizionamento corretto della placca dovrebbe essere confermato mediante fluoroscopia. Il primo foro pilota dovrebbe essere praticato nel foro di scorrimento oblungo.

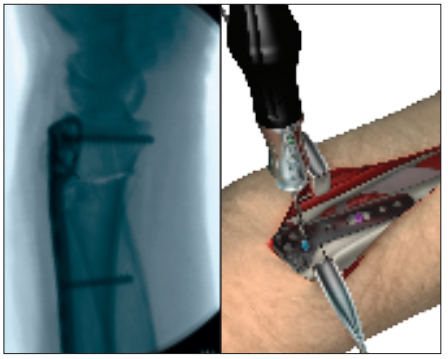


7. Misurare la profondità del foro per determinare la lunghezza della vite.

8. La vite viene posizionata nel foro di scorrimento oblungo ma non stretta completamente per consentire l'aggiustamento della placca in direzione distale o prossimale.

Tecnica operatoria

Placca dorsale

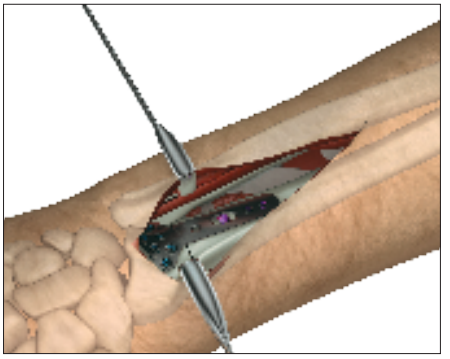


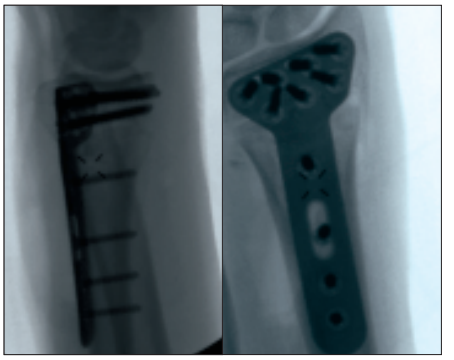
9. Confermare il posizionamento corretto della placca mediante fluoroscopia e poi stringere la prima vite.

Nota:
Una volta che la placca è posizionata completamente sull'osso, può essere necessario modificare la lunghezza della vite.

10. Ripetere il fresaggio, la misurazione e il posizionamento di viti/peg nei fori distali della placca. La posizione e il numero delle viti applicate dipendono dal tipo di frattura.

11. Posizionare viti di bloccaggio o standard all'estremità prossimale della placca.





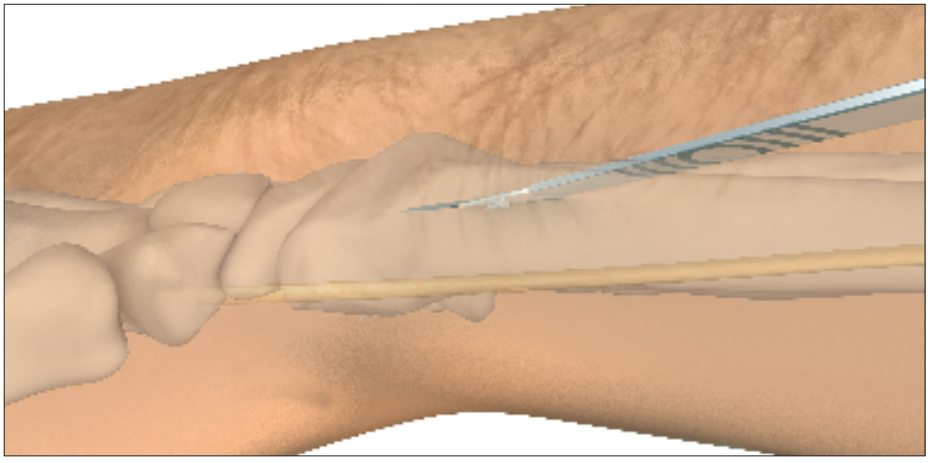
12. Verificare il posizionamento corretto delle viti e dei peg mediante fluoroscopia per assicurarsi che non penetrino nell'articolazione.

13. Chiudere l'incisione.

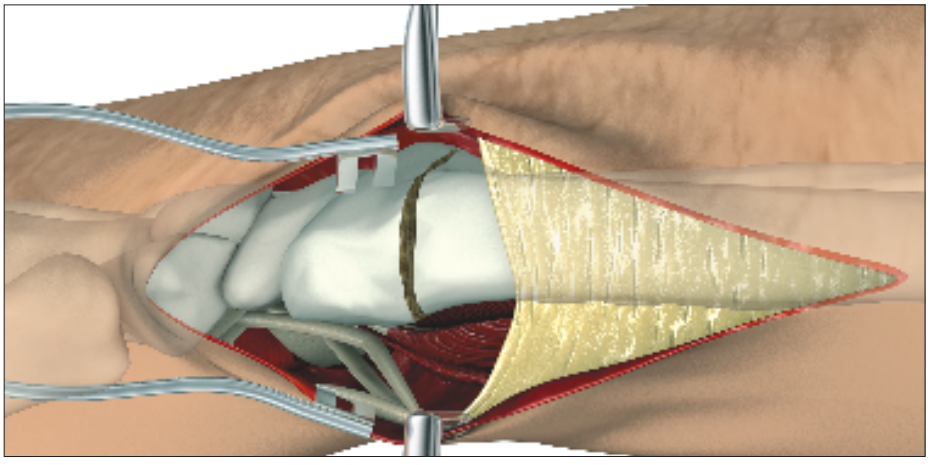
Tecnica operatoria

Placca radio distale laterale

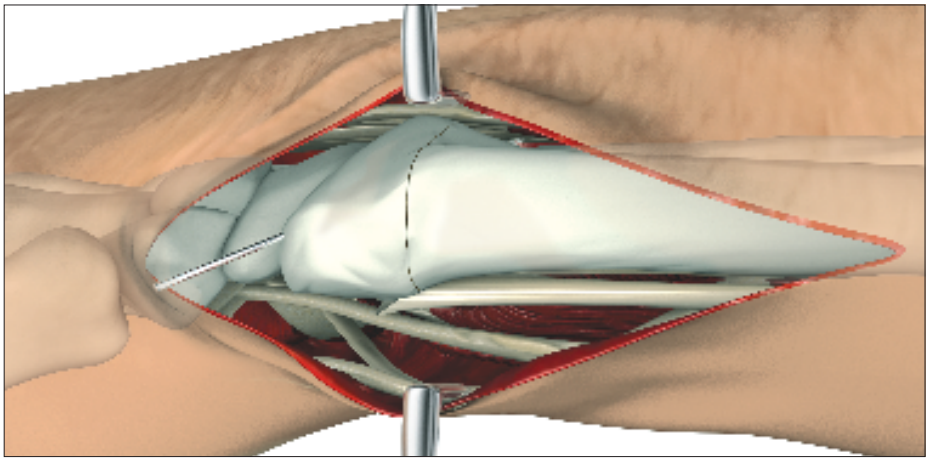
1. Viene praticata un'incisione lungo la colonna radiale.
2. Prestare attenzione a non ledere il ramo superficiale del nervo radiale.



3. Il primo compartimento dorsale viene rilasciato. I tendini vengono retratti in direzione volare.



4. La frattura dovrebbe essere ridotta e stabilizzata posizionando un filo di Kirschner dallo stiloide del radio distale e orientandolo in direzione dorsale e prossimale.



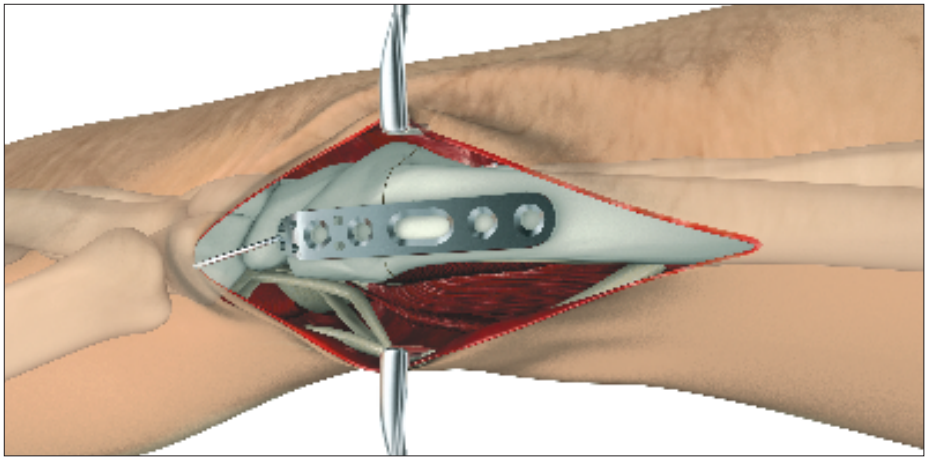
Nota:

Non si dovrebbero usare isolatamente placche specifiche per frammenti.

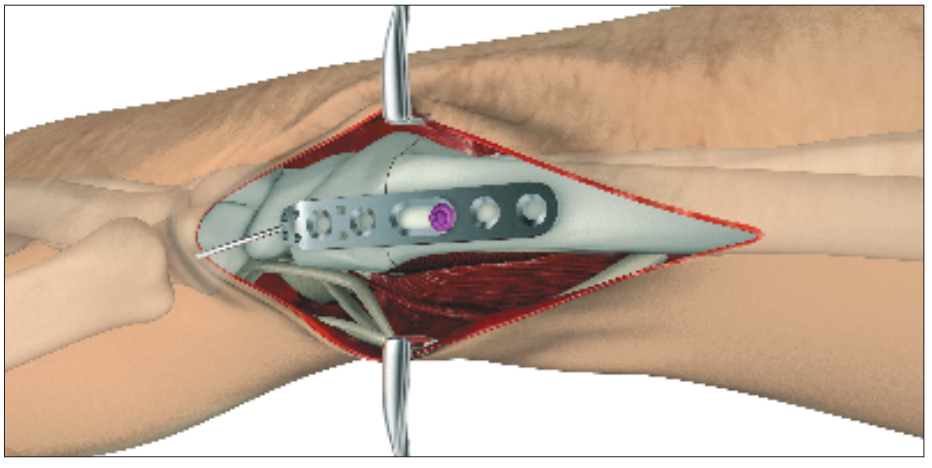
Tecnica operatoria

Placca radio distale laterale

5. La placca viene fatta scivolare sopra il filo di Kirschner (07-40281) e posizionata lungo la colonna radiale.



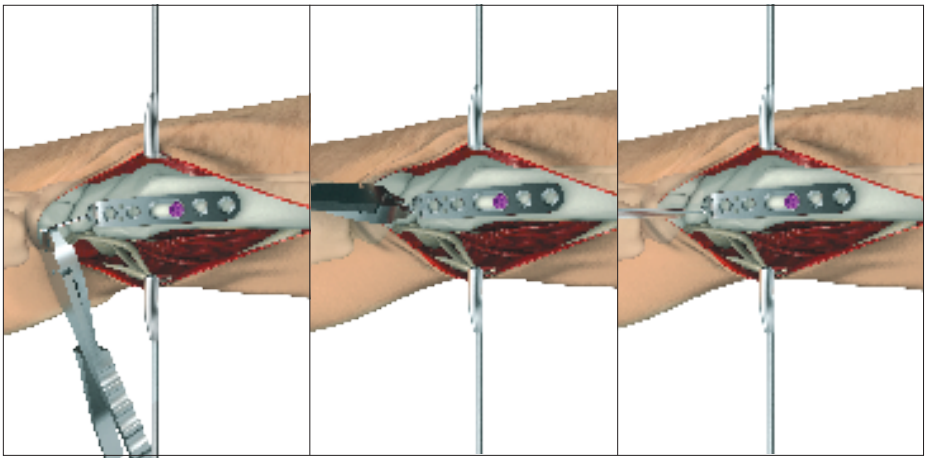
6. Una vite standard posizionata nel foro oblungo comprime la placca sulla diafisi mentre una trazione prossimale sulla placca comprime la sede della frattura.



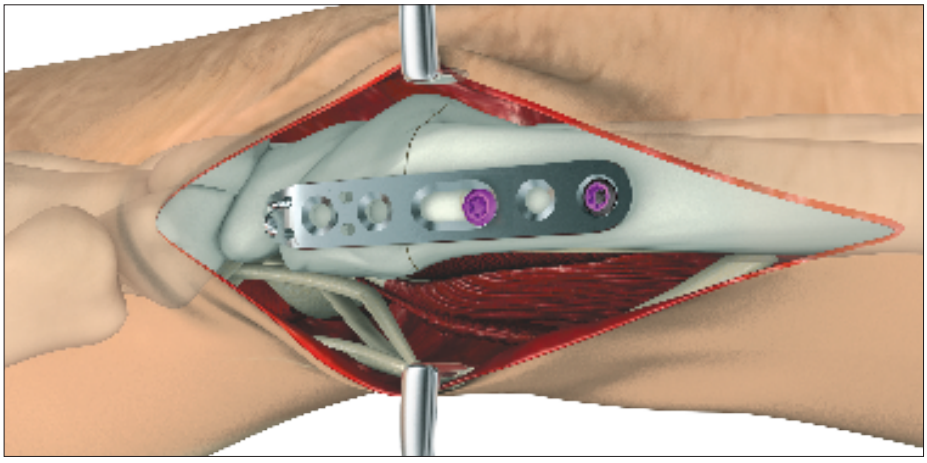
Tecnica operatoria

Placca radio distale laterale

7. Il dispositivo 3 in 1 piegafili/tagliafili/inseritore per filo di Kirschner viene usato per piegare distalmente i fili di Kirschner.
8. Per poter utilizzare correttamente le pinze piegafilo di Kirschner (64-20118), si raccomanda di posizionare distalmente un solo filo di Kirschner alla volta.
9. Dopo l'inserimento, si possono usare il pressoio (64-00011) e il martello (43-09830) per inserire più a fondo i fili di Kirschner.

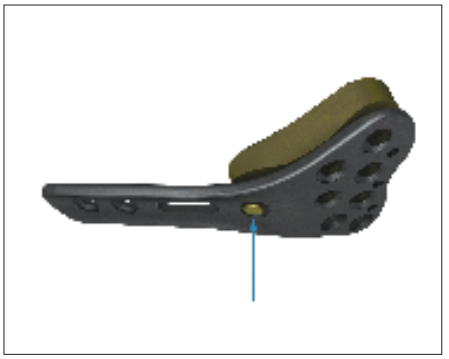


10. I fili di Kirschner e le viti possono essere posizionati insieme per ottenere un fissaggio più rigido.
11. L'incisione viene chiusa.

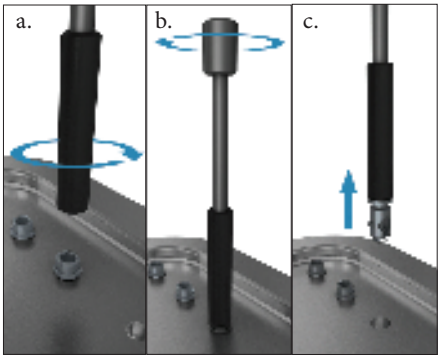


Tecnica operatoria

Blocco puntatore



1. Scegliere il blocco puntatore corrispondente alla placca che verrà utilizzata (sinistro/destro, stretto/intermedio/standard). Posizionare il peg sulla superficie inferiore del blocco nel foro dell'asta della placca.



2. Estrarre il joystick del blocco puntatore (56-01310) dal vassoio.

a. Inserire il joystick nel pin di fissaggio (56-01210) e serrare il manicotto di afferraggio nero sul pin di fissaggio (ruotare in senso orario).

b. Ruotare in senso antiorario il pomello color argento del joystick per aprire il pin di fissaggio (circa 2 giri)

c. Tirare il joystick verso l'alto per estrarre l'unità pin dal vassoio.

3. Il chirurgo dovrebbe scegliere in quale foro del blocco inserire il pin per montare il blocco puntatore sulla placca. Si può usare qualsiasi foro, **tranne il foro per lo stiloide radiale più distale perché non possiede una fessura per alloggiare la linguetta sul pin.** Poi allineare la linguetta posta sul pin di fissaggio alla fessura sul blocco puntatore, come mostrato nella zona evidenziata.

4. Posizionare l'unità joystick/pin di fissaggio attraverso il blocco puntatore, nella placca.

* Il pin può adattarsi al foro nella placca solo se le alette poste sulla sua superficie inferiore sono chiuse.

5. Verificare che il pin di fissaggio sporga dalla base della placca.

* Se il pin non sporge completamente attraverso la placca, girare lentamente il joystick in senso antiorario per chiudere il pin. Quando le alette del pin si chiudono, si deve udire un clic che conferma che il pin ha attraversato completamente la placca.

6. Girare il pomello del joystick in senso antiorario per aprire le alette del pin e serrare il blocco puntatore alla placca (circa 2 giri).

Attenzione:

Il pin di fissaggio non deve essere serrato eccessivamente per non danneggiarne la filettatura; è sufficiente una forza moderata (serrare esclusivamente a mano).

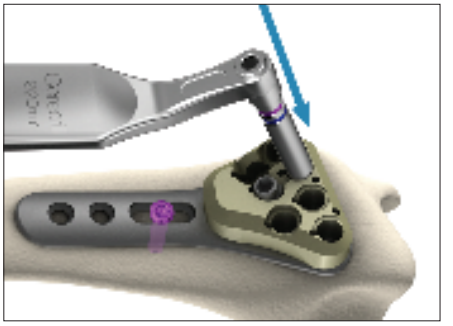
Una volta montato il blocco sulla placca, verificare l'allineamento passando un filo di Kirschner attraverso gli appositi fori. Ciò va fatto prima di montare la placca sull'osso.

Tecnica operatoria

Blocco puntatore

7. Il joystick può essere usato per facilitare il posizionamento della placca sull'osso. Una volta posizionata la placca, rimuovere il joystick allentando il manicotto di afferraggio nero dal pin di fissaggio (ruotare in senso antiorario).

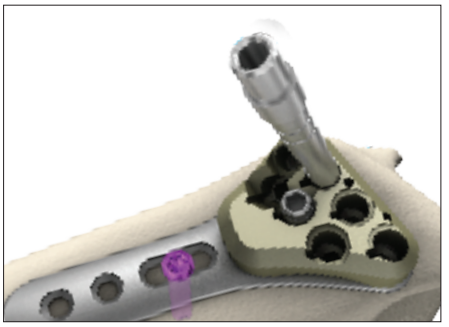
8. I fili di Kirschner possono essere passati attraverso l'unità placca/blocco per il fissaggio temporaneo.



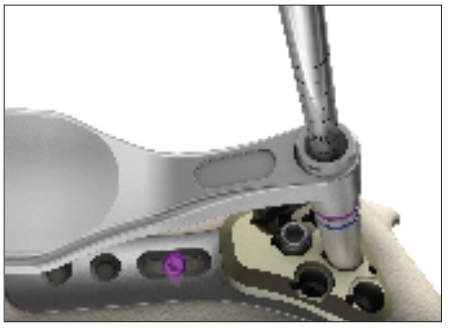
9. La guida di perforazione ad angolo variabile (703684) può essere usata in qualsiasi foro per ottenere una perforazione con una traiettoria predeterminata.

Attenzione

Il blocco puntatore non può essere usato con placche che siano state sagomate o piegate durante l'intervento.



10. In alternativa all'uso della guida per foratura, per praticare il foro pilota si può usare una cannula per punta da trapano per blocco puntatore (56-02020). Basta spingere la cannula attraverso il blocco puntatore finché non è completamente alloggiata. Si possono inserire contemporaneamente due cannule per punte da trapano nella fila distale del blocco puntatore per facilitare il processo di fresaggio.



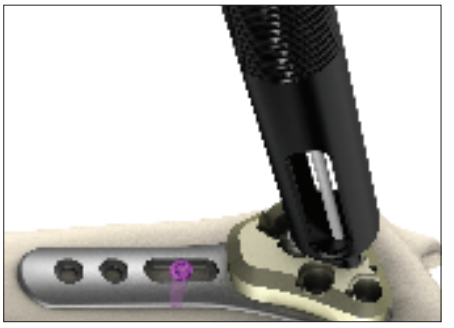
11. Procedere alla perforazione attraverso la guida di perforazione o la cannula per punta da trapano. La scala sulla punta da trapano può essere utilizzata per determinare la lunghezza appropriata della vite.

Attenzione:

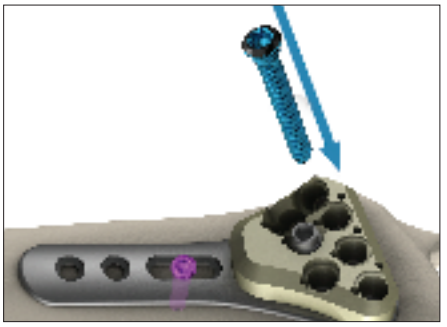
Per prevenire danni al blocco puntatore e/o alla placca, è necessario usare la guida per punta da trapano ad angolo variabile.

Nota:

Se si usa il blocco puntatore per placca intermedia (56-01810 destro/56-01910 sinistro), la posizione raccomandata di joystick/pin di fissaggio è il foro mediale più prossimale del blocco puntatore. Ciò assicura la possibilità di accedere con la cannula per punta da trapano a tutti i fori aperti. Se il joystick è posizionato nel foro laterale prossimale o intermedio, il foro adiacente, visibile nella figura, non sarà accessibile con la cannula per punta da trapano.



12. Misurare la profondità con il misuratore di profondità (703885) e scegliere la vite adatta. Accertarsi che la punta del misuratore sia inserita completamente nella placca.

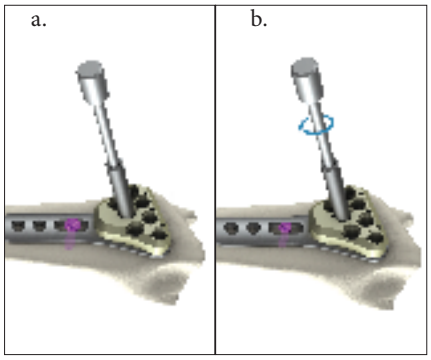


13. La vite può essere inserita attraverso il blocco puntatore. Confermare il posizionamento della vite mediante fluoroscopia.

Blocchi puntatori e placca intermedi

Tecnica operatoria

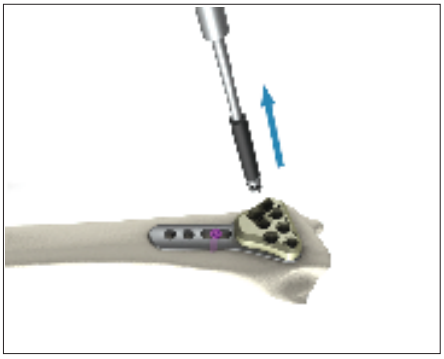
Blocco puntatore



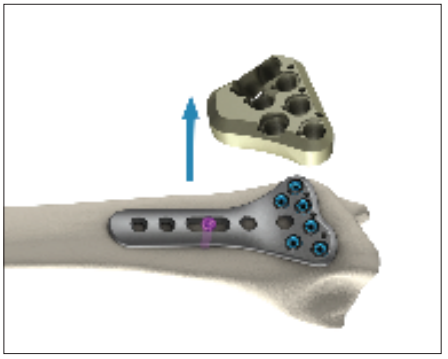
14. Rimozione del blocco puntatore.

a. Attaccare il joystick al pin di fissaggio serrando il manicotto di afferraggio nero (in senso orario).

b. Ruotare in senso antiorario il pomello per aprire il pin di fissaggio (circa 2 giri).



15. Rimuovere l'unità joystick/pin di fissaggio dal blocco puntatore.



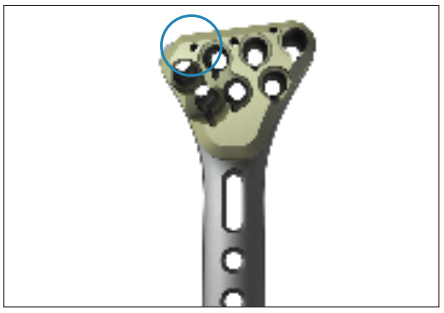
16. Rimuovere il blocco puntatore dalla placca. Se necessario, è possibile posizionare una placca nel foro usato per il fissaggio del blocco puntatore. Verificare che le teste di tutte le viti siano alloggiate a fondo sulla placca e serrate completamente.

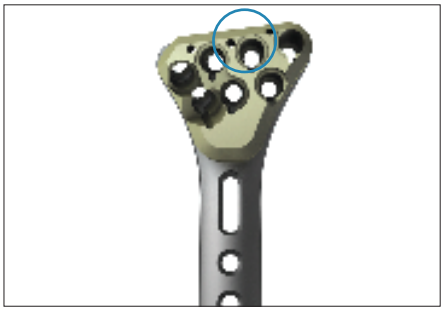
Fasi opzionali:

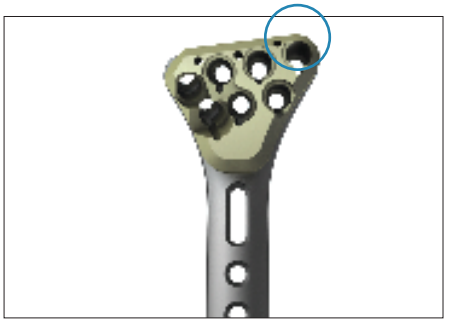
Sotto controllo fluoroscopico il filo di Kirschner approssima la traiettoria della vite adiacente sul lato ulnare.

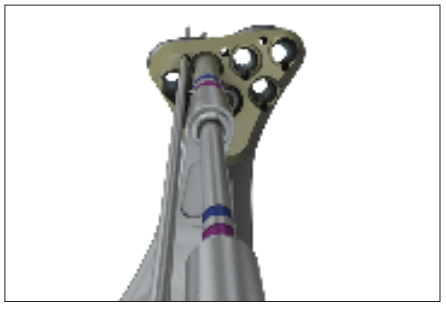
Nota:

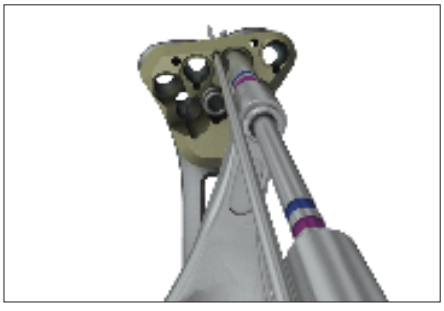
Non è presente un foro per filo di Kirschner per approssimare la vite dello stiloide distale più radiale.

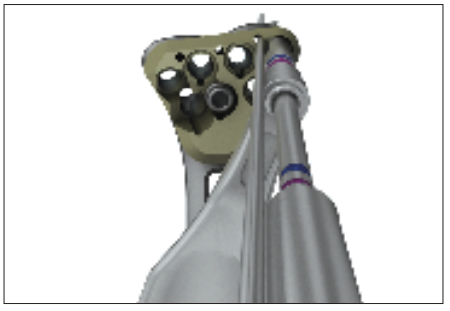












Nota:

Viene illustrato il blocco sinistro.

stryker®

Reconstructive

Hips

Knees

Trauma & Extremities

Foot & Ankle

Joint Preservation

Orthobiologics & Biosurgery

MedSurg

Power Tools & Surgical Accessories

Computer Assisted Surgery

Endoscopic Surgical Solutions

Integrated Communications

Beds, Stretchers & EMS

Reprocessing & Remanufacturing

Neurotechnology & Spine

Craniomaxillofacial

Interventional Spine

Neurosurgical, Spine & ENT

Neurovascular

Spinal Implants

Questo documento è indicato esclusivamente per l'uso da parte di specialisti sanitari. Un chirurgo si deve sempre basare sul proprio giudizio professionale, quando decide di utilizzare un particolare prodotto nel trattamento di un paziente. Stryker non fornisce consigli medici e raccomanda che i chirurghi seguano corsi di addestramento per qualsiasi prodotto particolare prima di usarlo in un intervento chirurgico.

Le informazioni fornite hanno lo scopo di illustrare un prodotto Stryker. Prima di usare qualsiasi prodotto Stryker, il chirurgo deve sempre fare riferimento al foglio illustrativo, all'etichetta del prodotto e/o alle istruzioni per l'uso, comprese le istruzioni per la pulizia e la sterilizzazione (se applicabili). I prodotti potrebbero non essere disponibili in tutti gli Stati in quanto la loro disponibilità è soggetta alle pratiche mediche e/o regolatorie vigenti nei singoli Stati. Per informazioni sulla disponibilità dei prodotti Stryker nella propria area, contattare il rappresentante Stryker locale.

Stryker Corporation o le sue divisioni o altri entità affiliate detengono, utilizzano o hanno avanzato richiesta di uso dei seguenti marchi commerciali o marchi di servizio: SmartLock, Stryker, VariAx. Tutti gli altri marchi commerciali sono di proprietà dei relativi titolari.

I prodotti sopra elencati hanno il marchio CE.

ID contenuto: **VAX-ST-4 IT Rev 3, 10-2015**

Copyright © 2015 Stryker

CE 0123

Prodotto da:

Stryker GmbH
Bohnackerweg 1
2545 Selzach, Svizzera

www.stryker.com