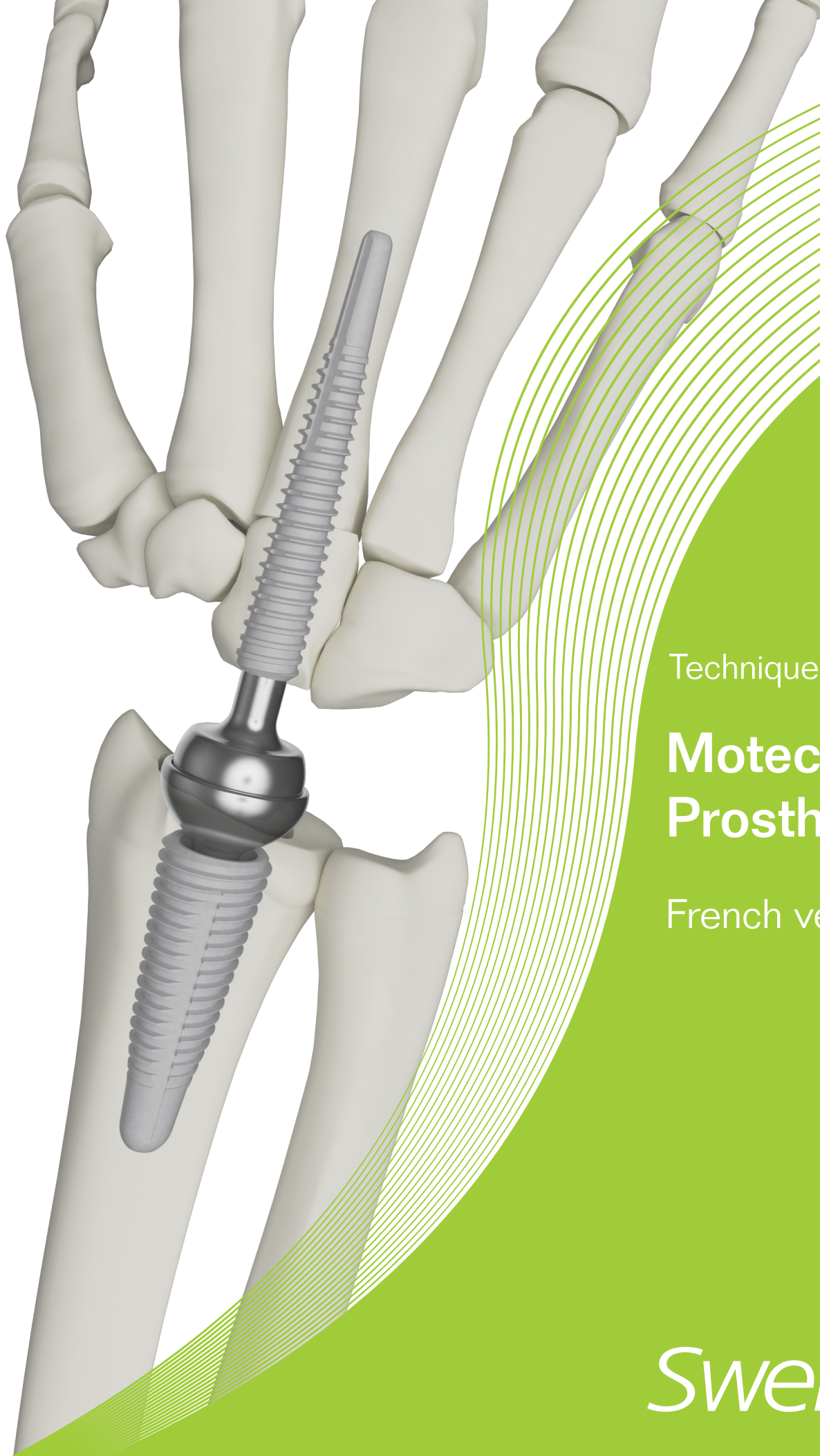




Technique chirurgicale

Motec® Wrist Prosthesis

French version

Swemac

Motec® Wrist Prosthesis

La Motec® Wrist Prosthesis a été conçue dans le but de fournir un poignet mobile et sans douleur tout en minimisant les risques de luxation, de descellement et d'ostéolyse.

La prothèse présente une conception modulaire composée d'une articulation à rotule avec fixation filetée dans le radius et le troisième métacarpien/capitatum. Les implants filetés sont fabriqués en alliage de titane et présentent une surface sablée revêtue de Bonit®, un phosphate de calcium résorbable, afin de favoriser l'ostéointégration. Différentes tailles d'implants sont disponibles afin d'adapter la prothèse à l'anatomie individuelle de chaque patient.

Le Motec Wrist System comprend une solution de reprise compatible, la Motec Wrist Arthrodesis, qui permet une conversion aisée en arthrodèse totale du poignet.

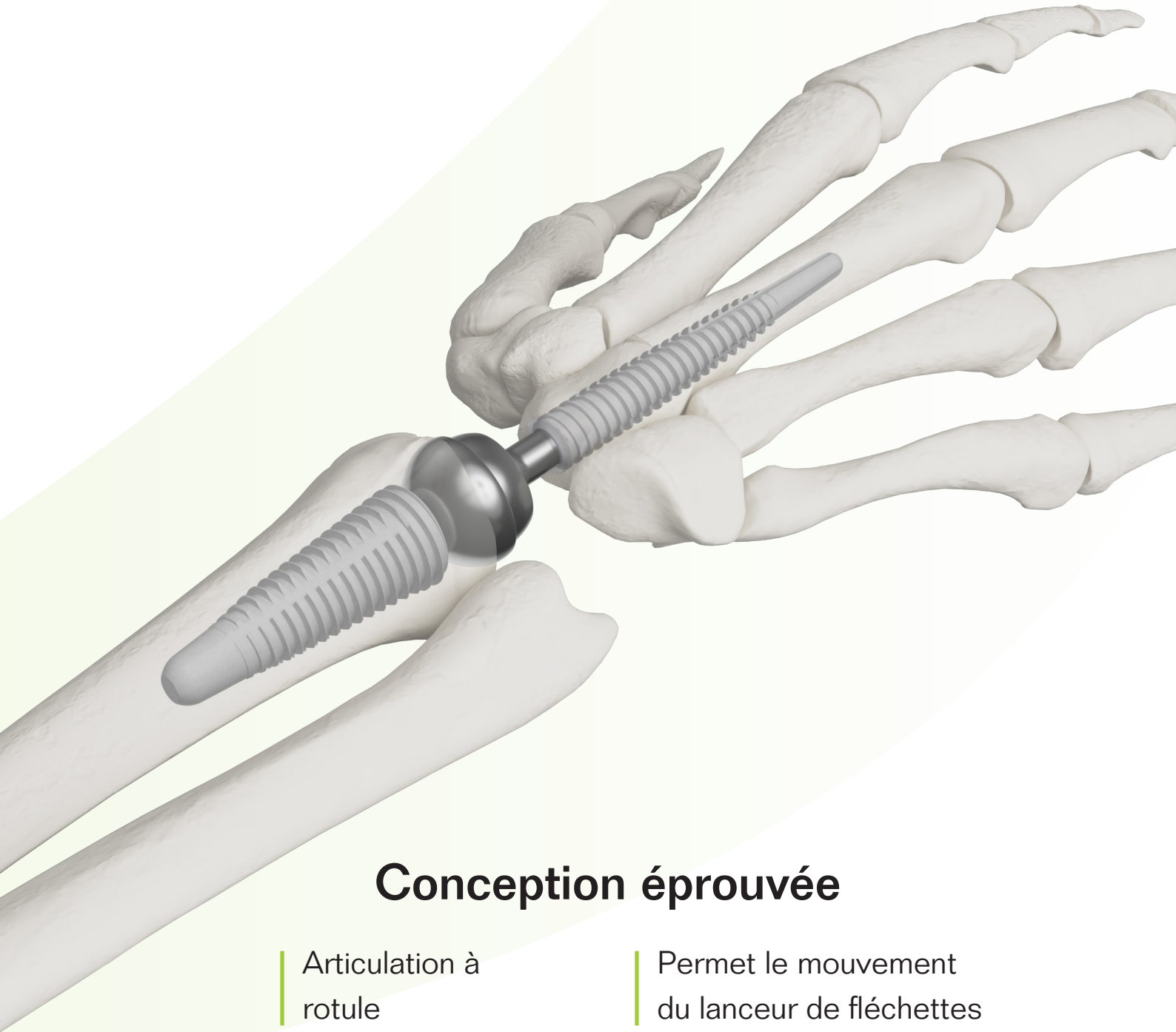


**Plus de 20 ans
d'utilisation
clinique**

Effacité clinique prouvée

Soulage les
douleurs au poignet

Assure la mobilité et la
fonctionnalité du poignet



Conception éprouvée

Articulation à
rotule

Permet le mouvement
du lanceur de fléchettes

Fixation optimisée
à court terme

Ostéointégration
optimisée

Convertible en
arthrodèse du poignet

Présentation du produit

La Motec Wrist Prosthesis est de conception modulaire afin d'offrir au chirurgien une flexibilité maximale pour adapter la prothèse à l'anatomie individuelle du patient et à l'os disponible pour la fixation.

En cas de défaillance de la prothèse, les composants individuels peuvent être remplacés afin de préserver la mobilité. La solution Motec Wrist Arthrodesis, entièrement compatible, est également disponible en tant que procédure de reprise.

Metacarpal Threaded Implant

Disponible en deux diamètres et six longueurs de 45 à 70 mm (par incréments de 5 mm).

Metacarpal Head

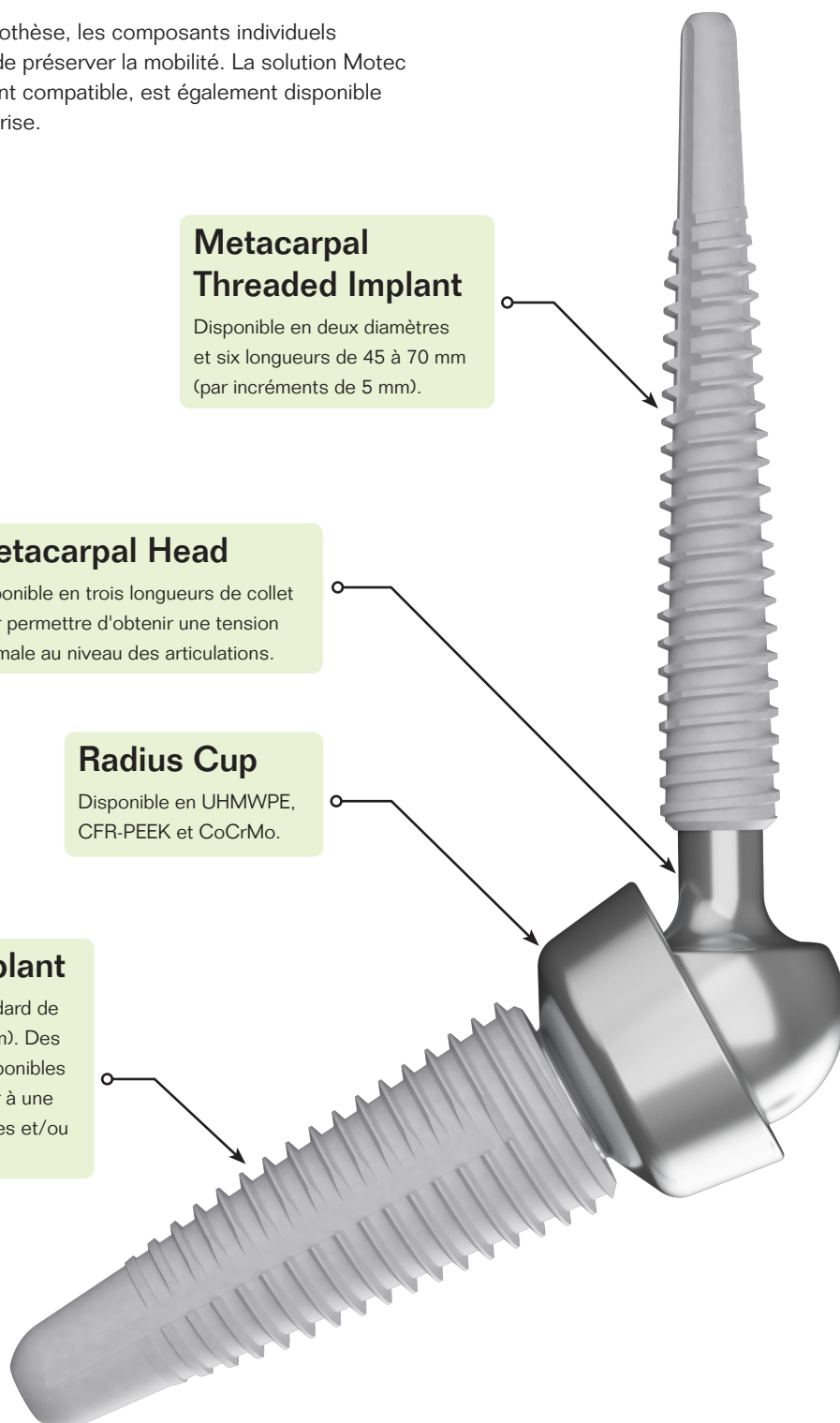
Disponible en trois longueurs de collet pour permettre d'obtenir une tension optimale au niveau des articulations.

Radius Cup

Disponible en UHMWPE, CFR-PEEK et CoCrMo.

Radius Threaded Implant

Disponible en quatre longueurs standard de 32 à 50 mm (par incréments de 6 mm). Des implants au rayon supérieur sont disponibles sur demande spéciale pour s'adapter à une anatomie aux dimensions plus grandes et/ou pour des chirurgies de révision.



Options de la Radius Cup



UHMWPE Ø15 mm

- Coque extérieure en CoCrMo avec insert en UHMWPE mélangé à de la vitamine E

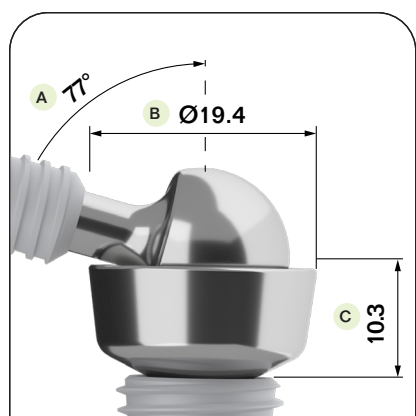


CFR-PEEK Ø15 mm

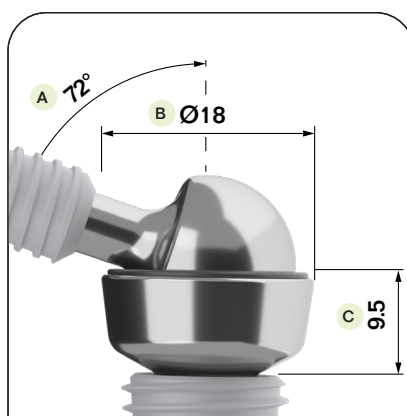
- Coque extérieure en CoCrMo avec insert en CFR-PEEK



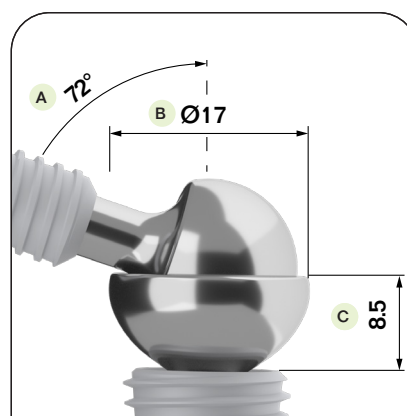
CoCrMo Ø15 mm



UHMWPE, Ø15 mm



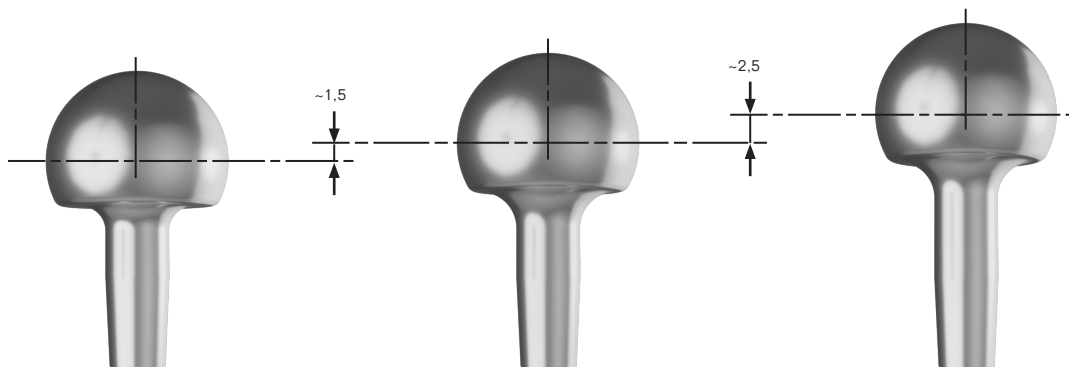
CFR-PEEK, Ø 15 mm



CoCrMo, Ø15 mm

A Amplitude maximale de mouvement (ROM) **B** Diamètre maximal de la cupule **C** Distance entre le centre de rotation et l'implant fileté.

Options pour la Metacarpal Head



Ø15 mm Medium

Ø15 mm Long

Ø15 mm Extra long

Planification préopératoire

Pour utiliser le Motec Wrist System en toute sécurité, le chirurgien doit disposer de connaissances approfondies sur les indications, les contre-indications, les implants, les instruments, les techniques chirurgicales et les complications postopératoires potentielles. S'agissant du résultat clinique du Motec Wrist System, il est essentiel que les chirurgiens tiennent compte de toutes les étapes de la technique chirurgicale pour obtenir une position optimale du dispositif. Tous les chirurgiens doivent suivre une formation dispensée par Swemac ou ses partenaires avant d'utiliser le Motec Wrist System.

Tous les instruments nécessaires à la réalisation d'une chirurgie du poignet Motec doivent être manipulés conformément aux instructions de retraitement Swemac et examinés avant et après utilisation afin de vérifier leur état d'usure, conformément aux instructions d'inspection Swemac (disponibles sur download.swemac.com).

Indications

Le Motec Wrist System est indiqué pour le remplacement de l'articulation du poignet chez des personnes ayant atteint la maturité squelettique, en cas de douleur, de perte d'alignement ou d'instabilité à la suite d'une ostéoarthrite, une arthrose post-traumatique (SLAC, SNAC, séquelles de fracture distale du radius), une arthrite rhumatoïde ou une maladie de Kienböck. La prothèse peut être implantée à la suite de l'échec d'une chirurgie du poignet, par exemple fusion des quatre os du carpe, carpectomie proximale ou arthrodèse. L'implant d'arthrodèse du poignet Motec n'est indiqué que lorsqu'une conversion s'impose après l'échec d'une prothèse du poignet Motec.

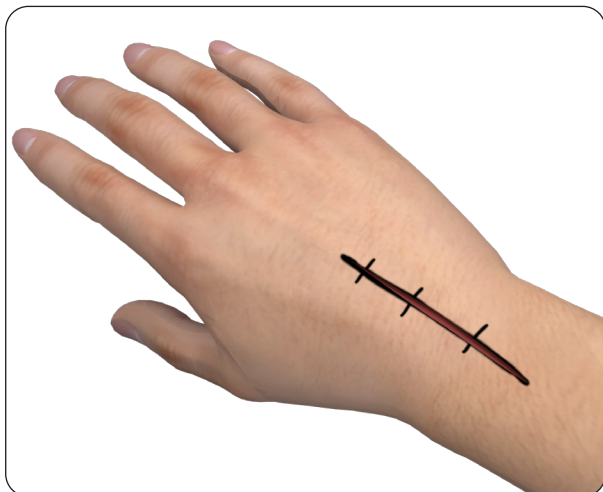
Contre-indications

- Toute infection active ou suspectée, tout sepsis ou toute inflammation au niveau ou autour du site concerné.
- Une sensibilité aux matériaux, documentée ou suspectée.
- Une interférence physique avec d'autres implants lors de l'implantation ou de l'utilisation.
- Une vascularité compromise, un état dermique ou neurovasculaire inadéquat.
- Un capital osseux inapproprié qui ne peut offrir un support et/ou une fixation adaptés du matériel en raison d'une pathologie, d'une infection ou d'une implantation antérieure.
- Tout patient refusant ou incapable de se conformer aux instructions de soins post-opératoires.
- Fractures ouvertes ou infections de l'articulation.
- Utilisation de la prothèse chez les patients dont la reconstruction des tissus mous ne permet pas d'assurer une stabilité adéquate du poignet.
- Utilisation de la prothèse en cas de malposition fixe du poignet ou de déséquilibre musculaire marqué du poignet.
- Toute affection physique, mentale, médicale ou chirurgicale susceptible de compromettre les avantages potentiels de la chirurgie.

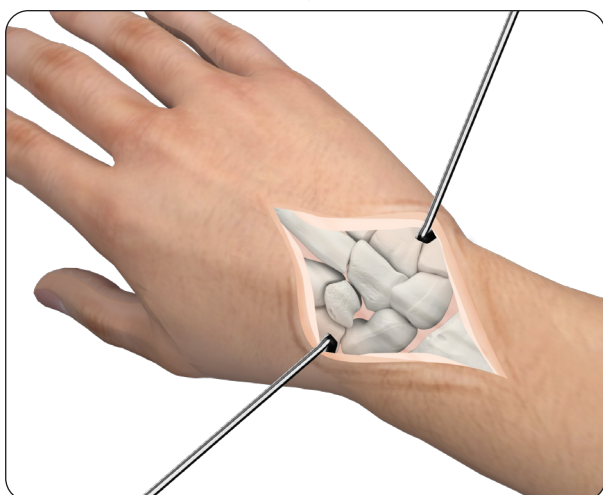
Précautions : Le chirurgien doit informer le patient de l'utilisation, des limites et des effets indésirables possibles des implants. Le patient doit également être averti que les implants/le traitement pourraient échouer s'il ne respecte pas les consignes de soins postopératoires. Voir la notice d'instructions pour obtenir la liste complète des mises en garde et des précautions.

Technique chirurgicale

1. Réaliser une incision



Une incision dorsale de 70 à 80 mm est pratiquée et le rétinaculum des extenseurs est exposé.



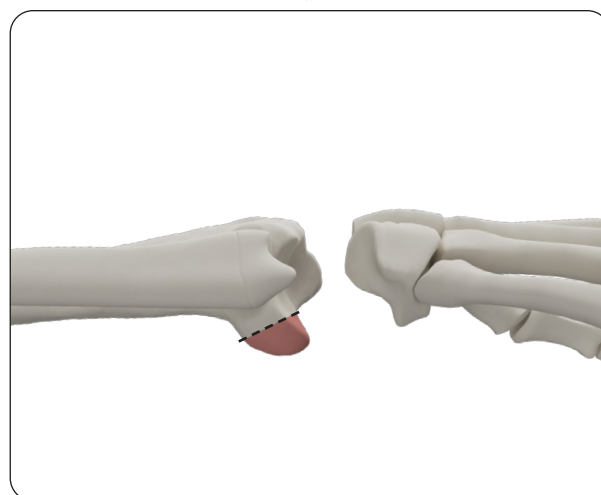
Le rétinaculum des extenseurs est divisé entre le 3e et le 4e compartiment le long du tubercule de Lister. Les deux extenseurs radiaux du poignet et le long extenseur du pouce sont maintenus en direction du radius, et les extenseurs des doigts en direction de l'ulna. La capsule est entièrement exposée et une capsulotomie standard est réalisée (selon les préférences du chirurgien).

2. Résection osseuse



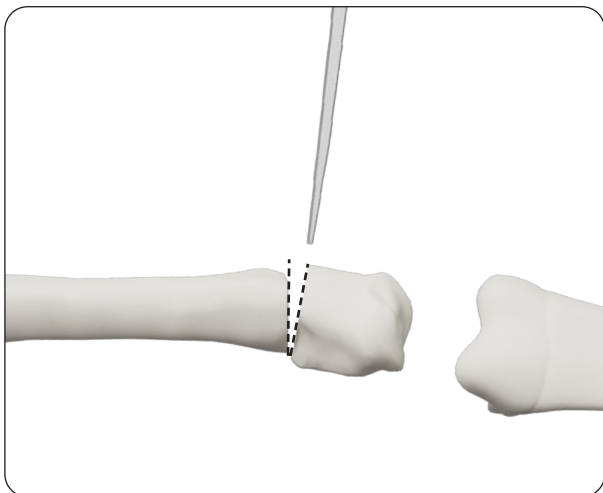
Une carpectomie proximale (PRC) est réalisée en retirant le triquetrum, le lunatum et le scaphoïde. L'os réséqué est conservé et peut être utilisé ultérieurement pour la création de fragments osseux si nécessaire.

Note : Tous les fragments osseux provenant de la PRC doivent être retirés afin de réduire le risque d'ossification hétérotopique.



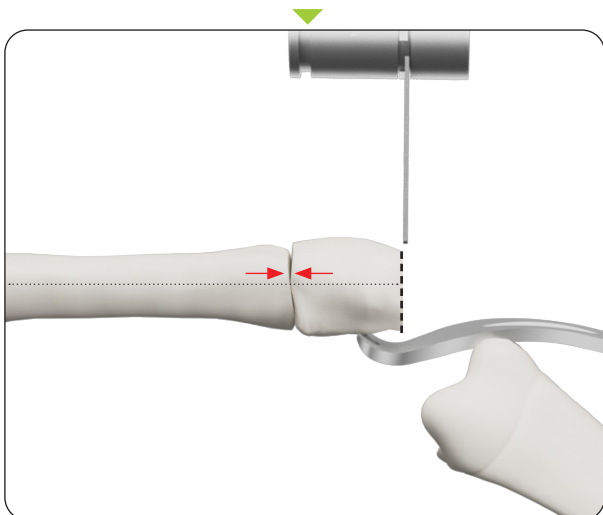
Dans les cas où le radius présente un bord palmaire très proéminent, celui-ci doit également être retiré.

3. Préparation du capitatum et du troisième métacarpien



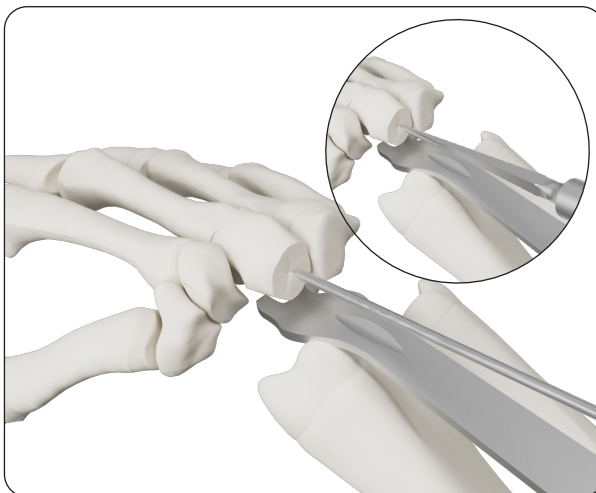
L'articulation CMC3 normale présente un angle palmaire d'environ 10 degrés qui doit être neutralisé pour permettre l'alignement du capitatum avec le troisième métacarpien. Une résection osseuse cunéiforme est donc réalisée en prenant soin de ne pas endommager les ligaments palmaires. Tout le cartilage et l'os sous-chondral sont retirés de l'articulation CMC3 à l'aide d'un ostéotome ou d'une scie oscillante afin de créer des conditions optimales pour la fusion. Tout désalignement du capitatum par rapport au troisième métacarpien dans le plan coronal doit également être corrigé simultanément.

Note : En cas d'utilisation d'une scie oscillante, il est important d'appliquer de l'eau stérile sur la lame pour la maintenir à une température modérée.

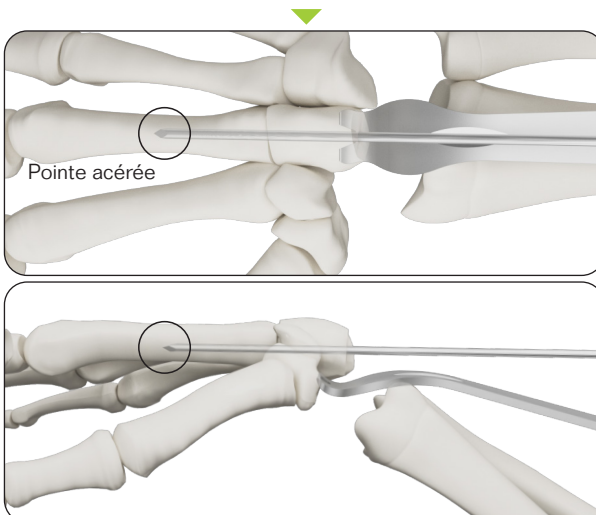


Le poignet est fléchi et le *Hohmann Capitate Retractor* (40-1503) est utilisé pour surélever le capitatum jusqu'à ce que l'espace entre le capitatum et le troisième métacarpien soit complètement réduit. Une incision verticale est ensuite pratiquée afin de retirer quelques millimètres de la partie proximale du capitatum (le cartilage et l'os sous-chondral/sclérotique) afin de créer une surface spongieuse plane. Cela augmente l'espace dans l'articulation et facilite l'insertion optimale du fil-guide/perforateur lors de l'étape suivante.

4. Insertion du Guide Wire

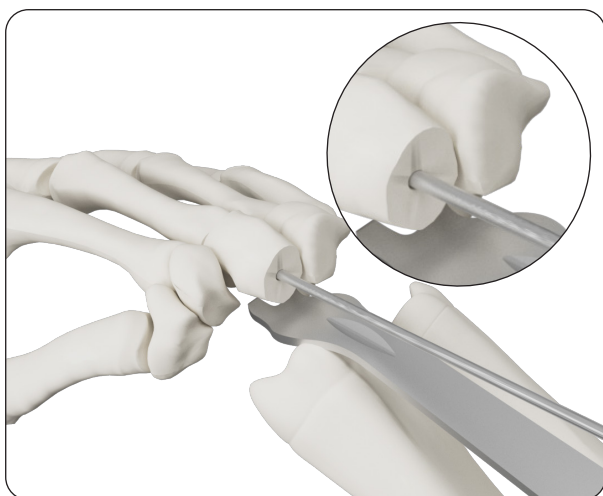


Le *Guide Wire with Sharp Tip* (40-1561) est inséré à travers le capitatum et à une profondeur d'environ 10 à 20 mm au centre du canal intramédullaire du troisième métacarpien. Le fil-guide doit pénétrer dans le capitatum proximal au centre ou en direction légèrement palmaire. Si l'orientation est légèrement trop dorsale, il y a risque de fissurer le capitatum lors du forage. Un *AwI* (62-3070) est également inclus dans le système comme alternative au *Guide Wire with Sharp Tip*.

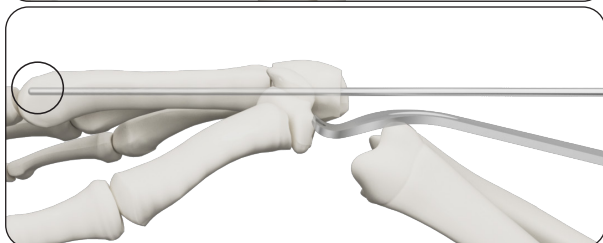
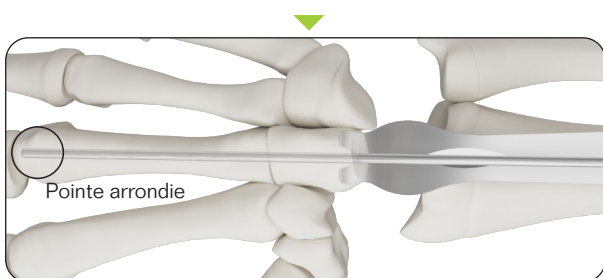


La position du fil-guide/perforateur est évaluée à l'aide d'une fluoroscopie. Il est important de bénéficier d'une véritable vue A/P et latérale.

Note : Le chirurgien peut utiliser son pouce pour exercer une pression sur l'articulation CMC3 afin d'aligner le capitatum et le troisième métacarpe.



Le *Guide Wire with Sharp Tip/Awl* est retiré et un *Guide Wire with Round Tip* (40-1563) est monté dans la *Guide Wire T-handle* (40-1518). Le fil est introduit à travers le capitatum et dans le canal intramédullaire du troisième métacarpien. Le fil-guide doit être avancé jusqu'à la tête métacarpienne.

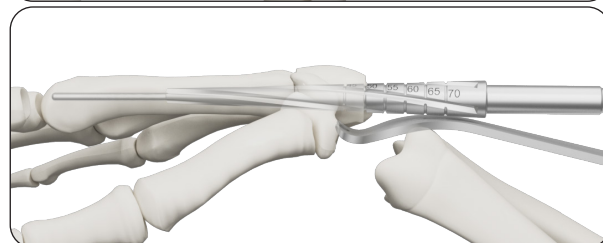
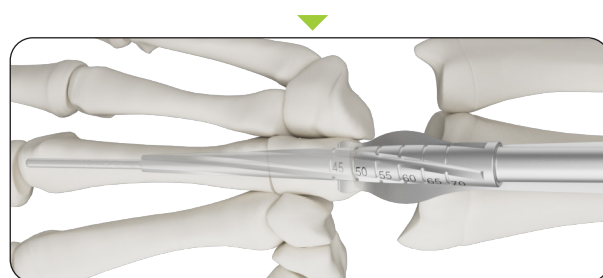


L'avantage d'utiliser le *Guide Wire with Round Tip* est qu'il se centre naturellement dans le canal intramédullaire et ne pénètre pas dans le cortex du troisième métacarpien lorsqu'il est avancé vers la tête métacarpienne.

5. Forage du capitatum et du troisième métacarpien

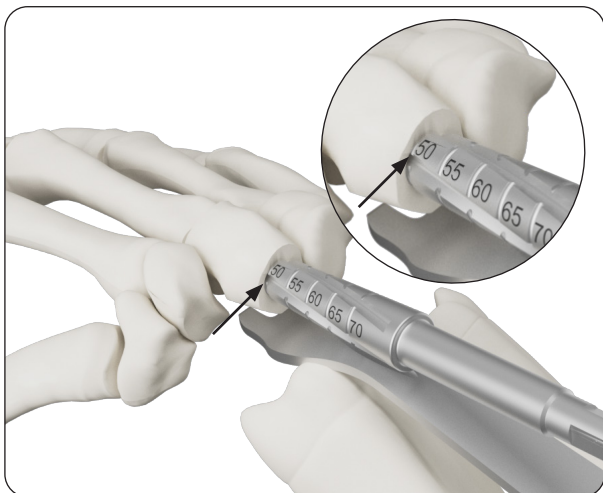


Le *Cannulated Drill for Metacarpal III Small* (40-1552) est fixé à la *Handle Tri-Lobe* (45-2585 ou 40-2593) et introduite par-dessus le fil-guide. Le foret doit être avancé juste au-delà de l'isthme et jusqu'à ce que la résistance corticale soit ressentie. Cette opération doit être réalisée sous guidage fluoroscopique afin de garantir l'obtention d'une véritable vue A/P et latérale. Le foret doit être nettoyé plusieurs fois pendant le forage afin de maintenir les cannelures de coupe dégagées. Si aucune résistance corticale n'est ressentie pendant le forage, le foret doit être remplacé par le *Cannulated Drill for Metacarpal III Large* (40-1551).

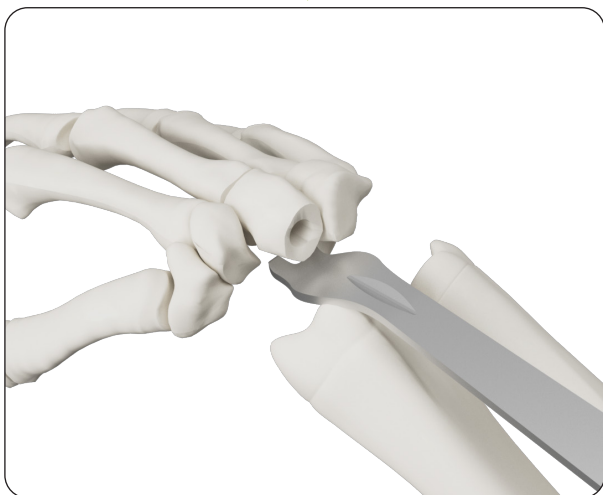


Note : En cas d'isthme très étroit, un foret avançant (non inclus dans le système) d'environ 3,5 mm peut être utilisé pour passer l'isthme avant de forer avec le *Cannulated Drill for Metacarpal III Small*. Veillez à ce que le foret reste froid en utilisant une technique d'arrêt-démarrage avec application d'eau stérile.

6. Mesure de la longueur de l'implant

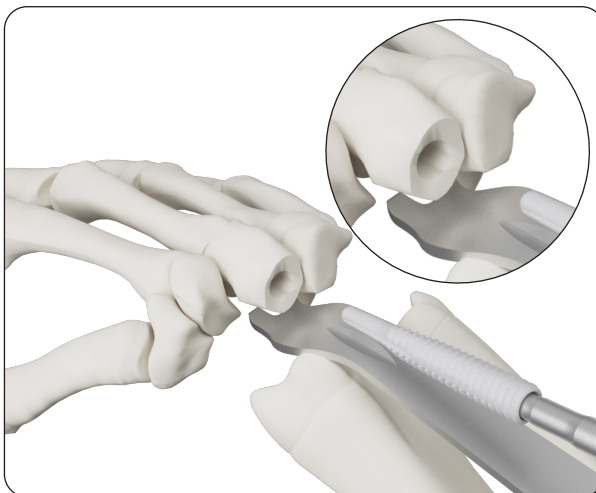


La longueur du Metacarpal III Implant est mesurée directement à partir des canules sur le *Cannulated Drill for Metacarpal III*. La canule qui affleure le capitatum proximal (ou légèrement fraisée) indique la longueur du Metacarpal III Threaded Implant à choisir. Lors de la mesure, il est important que l'articulation CMC3 soit complètement réduite afin d'éliminer tout espace.

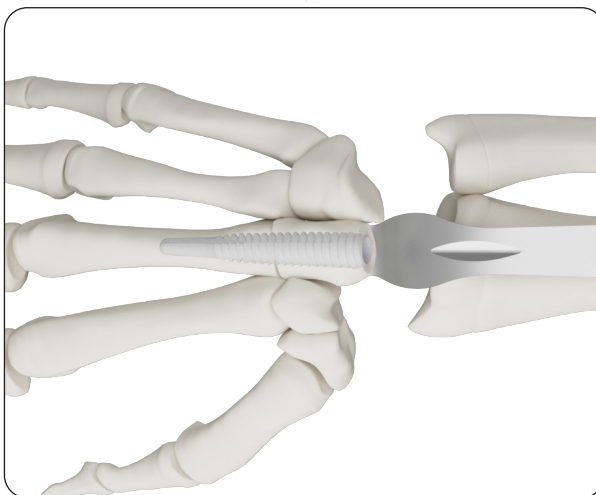


Le foret et le fil-guide sont ensuite retirés.

7. Introduction du Metacarpal Threaded Implant



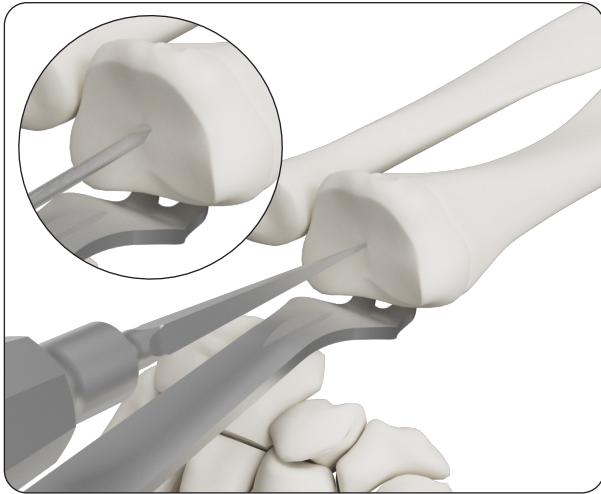
Le *Screwdriver 3.5 mm Hex with Quick Lock (40-1513)* s'insère dans la *Handle Tri-Lobe with Quick Lock* et est utilisé pour retirer l'implant de son emballage stérile. Il convient d'éviter de toucher la surface de l'implant et d'utiliser un linge stérile afin d'éviter tout contact avec les gants chirurgicaux et la peau du patient.



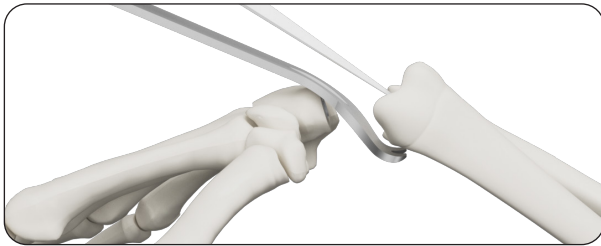
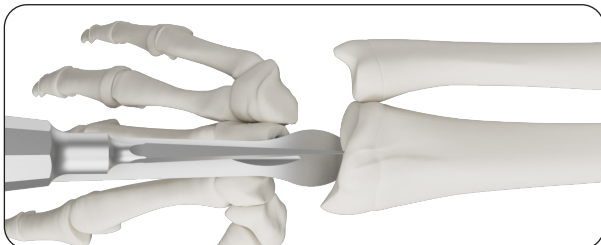
Avant l'introduction de l'implant, il est important de pousser l'implant vers l'avant afin de refermer l'espace avec l'articulation CMC3 et d'éliminer tout espace. L'implant est poussé en tournant la poignée dans le sens des aiguilles d'une montre. L'implant est inséré jusqu'à ce qu'il affleure le capitatum proximal ou soit légèrement enfoncé. Si vous rencontrez une forte résistance lors de l'insertion, faites une pause pour permettre à l'os de se détendre avant de continuer.

Note : Le Metacarpal Threaded Implant doit toujours être implanté à ce stade. Cela permettra de minimiser les dommages éventuels lors de la préparation du radius.

8. Préparation du radius

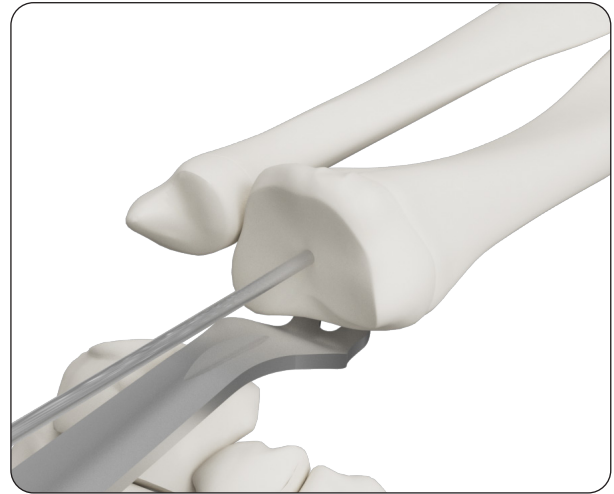


Le rétracteur est placé sous le bord palmaire du radius et sert à le surélever et à protéger le capitatum. Le Awl ou *Guide Wire with Sharp Tip* est introduit à travers la surface articulaire du radius à l'aide d'un guidage fluoroscopique.

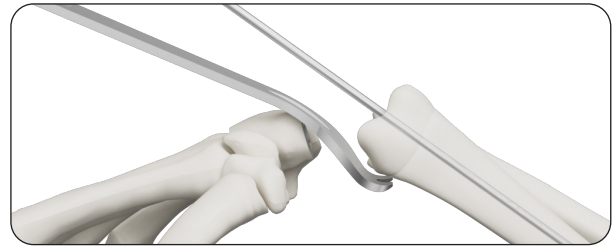
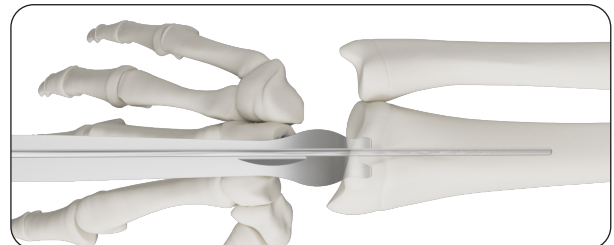


Le Awl ou *Guide Wire with Sharp Tip* doit être placé au centre/légèrement dans la direction de l'ulna dans la vue A/P et au centre/légèrement dans la direction palmaire en vue latérale.

9. Insertion du Guide Wire



Une fois le positionnement confirmé, le *Awl/Guide Wire with Sharp Tip* est retiré et un *Guide Wire with Round Tip* est introduit à sa place à l'aide de la *Guide Wire T-handle* ou d'un outil électrique. Le fil-guide est avancé au niveau proximal dans le radius afin de le maintenir en place.



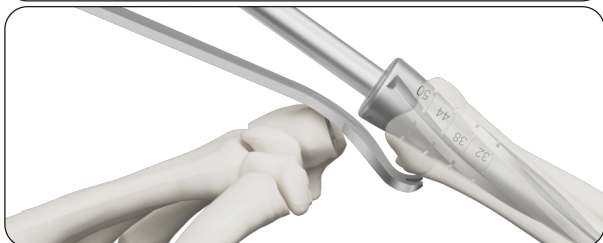
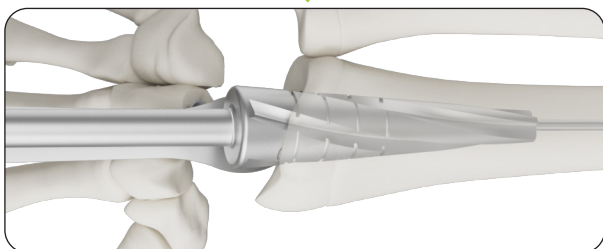
La position du fil-guide est évaluée à l'aide d'une fluoroscopie. il est important de bénéficier d'une véritable vue A/P et latérale.

10. Forage du radius



Le *Cannulated Drill for Radius (40-1546)* est introduit par-dessus le fil-guide et le forage est effectué à la main ou à l'aide d'un outil électrique à faible vitesse. De l'eau stérile doit être appliquée sur le foret pour qu'il reste froid et il doit être nettoyé plusieurs fois pour maintenir les cannelures de coupe dégagées. Le forage se poursuit jusqu'à ressentir une résistance corticale et qu'au moins la deuxième canule (marque 38 mm) sur le foret soit au ras de l'extrémité distale du radius. La position du foret est évaluée à l'aide d'une fluoroscopie en vue A/P et latérale.

Note : L'os présent dans les cannelures de coupe du foret peut être utilisé dans l'articulation CMC3 pour assurer la fusion entre le capitatum et le troisième métacarpien.



Si le radius est petit ou que le canal intramédullaire est très étroit, il est possible d'utiliser le Metacarpal III Threaded Implant Large pour une fixation dans le radius. Veuillez consulter la page 18 pour plus de détails.

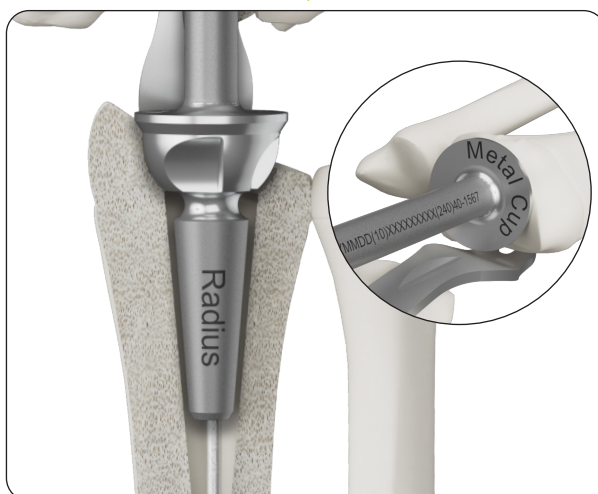
Dans les cas où le radius est très grand et le plus grand Radius Threaded Implant (L=50 mm) standard est trop petit, des Radius Threaded Implants plus grands sont disponibles sur demande. Veuillez consulter la page 19 pour plus de détails.

11. Fraisage de la Radius Cup



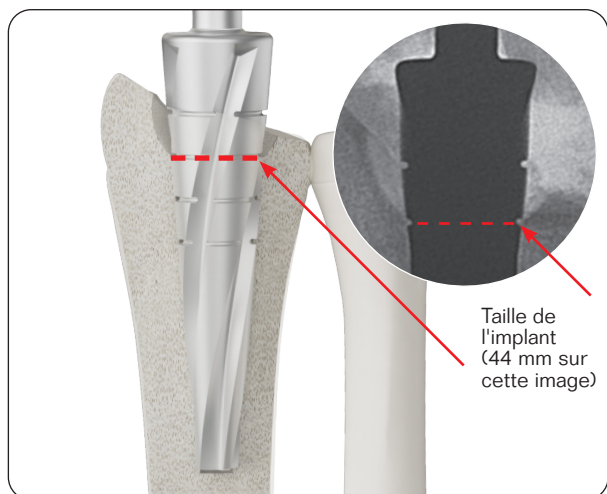
Il est nécessaire de fraiser une cavité pour la Radius Cup dans le radius. La Radius Cup appropriée ne doit pas dépasser du radius dorsal. Le *Radius Spherical Drill* correspondant à la Radius Cup et à l'implant fileté choisis (voir tableau ci-dessous) est fixé à la *Handle Tri-Lobe with Quick-Lock*. Le *Radius Spherical Drill* est introduit via le fil-guide et avancé jusqu'à ce que l'arrêt mécanique (la partie évasée) soit atteinte et en contact avec l'os.

Note : Les *Radius Spherical Drills* sont étiquetés afin d'indiquer avec quels implants ils doivent être utilisés.



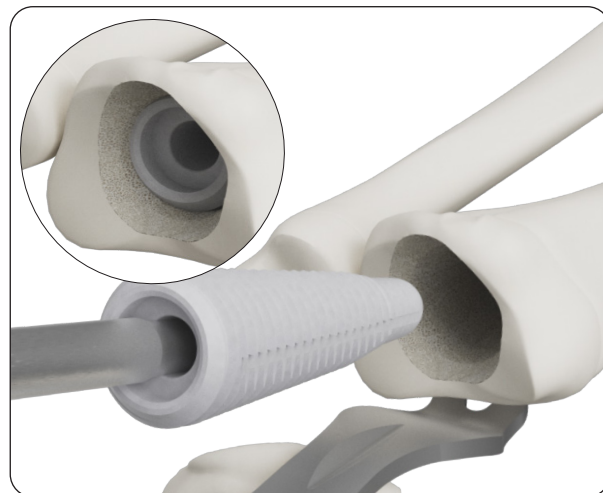
N° d'article	Nom	Utilisation avec
40-1567	Radius Spherical Drill Ø15 mm	Metal Cup et Radius Threaded Implant
40-1568	Radius Spherical Drill Ø15 mm, for PE Cup	PE Cup et Radius Threaded Implant
40-1572	Radius Spherical Drill Ø15 mm, for PEEK Cup	PEEK Cup et Radius Threaded Implant
40-1574	Radius Spherical Drill Ø15 mm for Metal Cup and Metacarpal III Threaded Implant Large	Metal Cup et Metacarpal III Threaded Implant Large
40-1576	Radius Spherical Drill Ø15 mm for PEEK Cup and Metacarpal III Threaded Implant Large	PEEK Cup et Metacarpal III Threaded Implant Large
40-1569	Radius Spherical Drill Ø15 mm for PE Cup and Metacarpal III Threaded Implant Large	PE Cup et Metacarpal III Threaded Implant Large

12. Détermination de la taille correcte du Radius Threaded Implant



Une fois le fraisage avec le *Radius Spherical Drill* achevé, le *Cannulated Drill for Radius* est réinséré afin de mesurer la taille du Radius Threaded Implant. La taille correcte sera indiquée par la canule de perçage qui se trouve au ras de la dépression créée par le *Radius Spherical Drill*. Si la taille est intermédiaire, la *Cannulated Drill for Radius* est avancée jusqu'à ce que la canule suivante soit alignée avec le fond de la dépression.

13. Insertion du Radius Threaded Implant



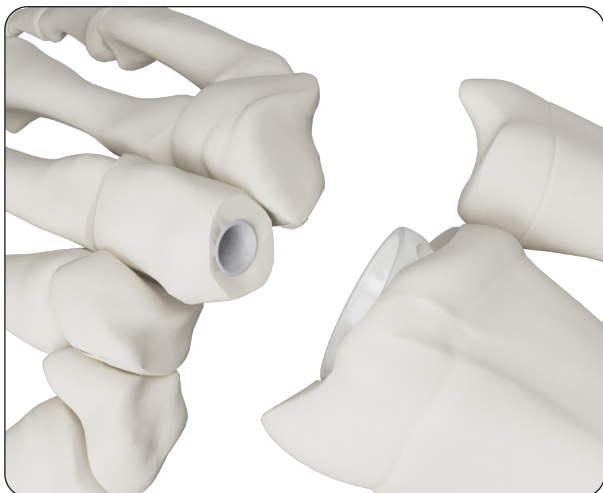
Le *Screwdriver 3.5 mm Hex with Quick Lock* est inséré dans la *Handle Tri-Lobe with Quick Lock* et utilisé pour prélever le Radius Threaded Implant de l'emballage stérile. Il convient d'éviter de toucher la surface de l'implant et d'utiliser un linge stérile afin d'éviter tout contact avec les gants chirurgicaux et la peau du patient. Nettoyez la cavité articulaire à l'aide de solution saline afin de retirer les petits fragments osseux. L'implant est introduit et avancé en tournant la *Handle Tri-Lobe* dans le sens des aiguilles d'une montre.



Le Radius Threaded Implant est inséré jusqu'à ce qu'il affleure le fond de la dépression créée par le *Radius Spherical Drill*. Si vous rencontrez une forte résistance lors de l'insertion, faites une pause pour permettre à l'os de se détendre avant de continuer.

Note : N'insérez pas le Radius Threaded Implant plus profondément que le fond de la dépression créée par le *Radius Spherical Drill*. Cela pourrait entraîner des difficultés pour engager le cône lors de l'insertion de la Radius Cup.

14. Insertion des Trials



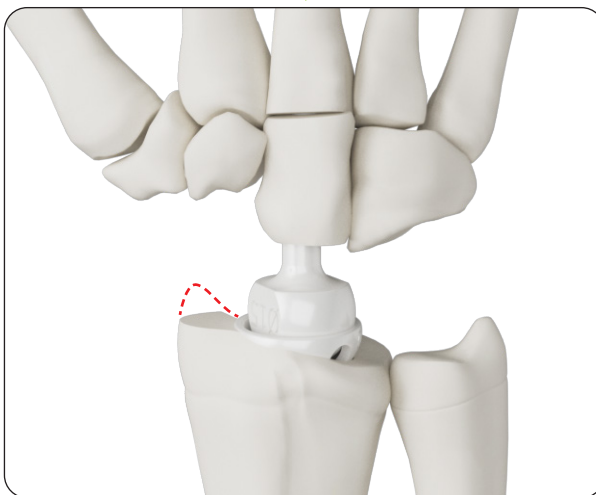
Le Trial correspondant à la Radius Cup choisie est inséré à la main dans le Radius Threaded Implant. Assurez-vous que la cupule peut être insérée dans le Radius Threaded Implant sans contact avec le bord de la cavité créée par le *Radius Spherical Drill*. N'utilisez pas l'*Impactor (40-1516)* sur le Trial.



La taille correcte de la Metacarpal Head est déterminée en insérant d'abord le *Trial - Metacarpal Head Long* manuellement. N'utilisez pas l'*Impactor* sur le *Trial*. L'articulation est ensuite réduite et la tension et l'amplitude de mouvement sont évaluées dans toutes les directions.



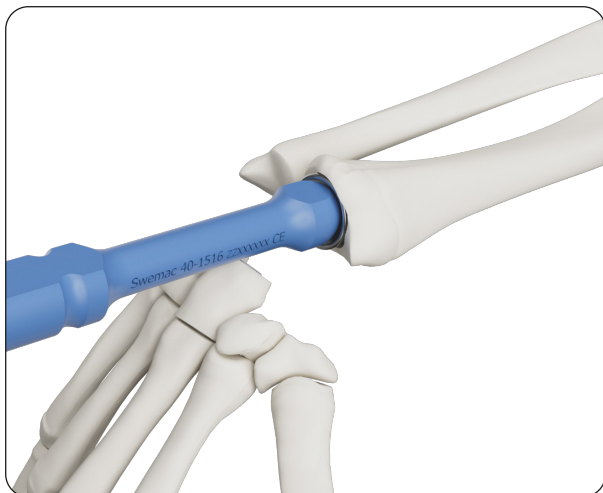
La tension est évaluée en appliquant une traction longitudinale sur la main. Il devrait y avoir un soulèvement notable (environ 2 mm) de la Metacarpal Head Trial par rapport au fond de la cavité, sans luxation. Il convient d'évaluer l'amplitude complète du mouvement dans toutes les directions, y compris la circumduction, qui doit être fluide. La longueur du Trial doit être augmentée ou diminuée jusqu'à ce que la tension correcte soit obtenue. En cas de taille intermédiaire, il est généralement possible d'avancer légèrement le Metacarpal Threaded Implant. Une rotation complète du tournevis équivaut à 1,7 mm. Gardez à l'esprit que la tension articulaire augmentera lors de la fermeture de la capsule. Il faut éviter de trop remplir l'articulation.



Si l'amplitude de mouvement en déviation radiale est limitée en raison d'un contact osseux, la styloïde radiale peut être retirée.

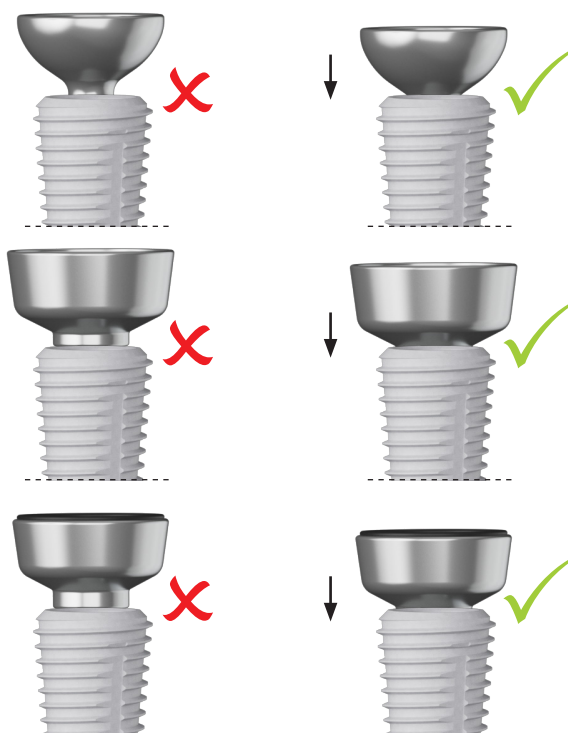
Lors de la résection de la styloïde du radius, utiliser l'élevateur du périoste afin de relâcher doucement le tissu mou, y compris les tendons du premier compartiment d'extenseur. Cela contribuera à préserver la stabilité du poignet.

15. Insertion de la Radius Cup



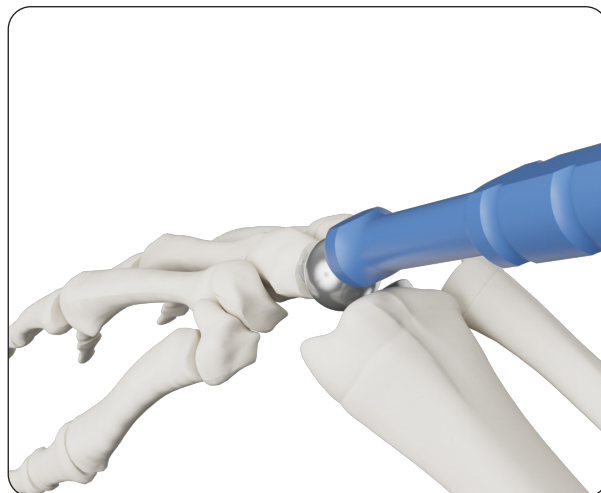
Les Trials sont retirés et les implants définitifs sont sélectionnés. Avant d'introduire la Radius Cup, assurez-vous que le cône interne du Radius Threaded Implant est propre. La Radius Cup est ensuite insérée dans le Radius Threaded Implant.

L'*Impactor* sert à garantir le bon positionnement de la Radius Cup. L'*Impactor* doit être frappé une fois avec le *Hammer* (52-2211) pour obtenir la meilleure fixation possible entre les surfaces rugueuses de la Radius Cup et le Radius Threaded Implant.



Utilisez la fluoroscopie pour vous assurer que le cône de la Radius Cup est bien en place dans le Radius Threaded Implant. Si la cupule n'est pas complètement en place, l'os qui l'en empêche doit être retiré à l'aide d'une pince à os.

16. Insertion du Metacarpal Head



Avant d'introduire la Metacarpal Head choisie, assurez-vous que le cône interne du Metacarpal Threaded Implant est propre. La Metacarpal Head est ensuite insérée dans le Metacarpal Threaded Implant. L'*Impactor* sert à garantir le bon positionnement de la Metacarpal Head. Pour une fixation optimale, l'*Impactor* doit être frappé une fois avec le *Hammer*.

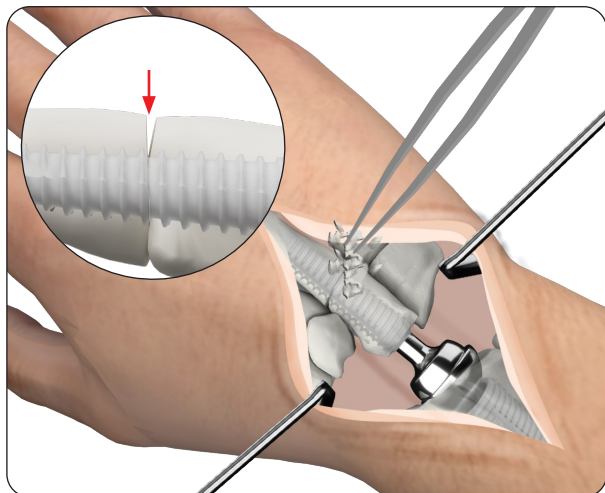
Note : N'exercez pas une force excessive lors de l'impact sur la Metacarpal Head, cela pourrait nuire à la fixation du Metacarpal Threaded Implant.



Assurez-vous que les surfaces de l'implant sont propres. La présence de corps étrangers sur la surface d'articulation peut entraîner l'échec de l'implant.

Réduire l'articulation et évaluer la stabilité et l'amplitude de mouvement à l'aide d'une fluoroscopie.

17. Protection de l'articulation CMC3



Pour garantir la fusion, l'articulation CMC3 est remplie de fragments osseux prélevés lors du forage du radius et/ou réséqués lors de la PRC. L'absence de fusion de l'articulation CMC3 peut avoir un impact sur la stabilité à long terme du Metacarpal Threaded Implant.

Note : Si une fissure du capitatum s'est produite pendant l'intervention, envisagez de prolonger la durée du plâtre.

18. Fermeture



La capsule dorsale est refermée avec précaution. Le rétinaculum des extenseurs est reconstruit et le muscle long extenseur du pouce est laissé hors du compartiment.

Soins postopératoires

Les soins postopératoires sont importants. La formation, l'expérience et l'avis professionnel du chirurgien guideront le choix des soins postopératoires les plus appropriés en fonction des besoins spécifiques du patient. Le plan postopératoire après l'implantation d'une Motec Wrist Prosthesis doit trouver un équilibre entre la nécessité de mobiliser le poignet pour maintenir sa mobilité et celle de permettre l'ostéointégration des implants.

Un plâtre est généralement utilisé pendant la période postopératoire initiale (jusqu'au retrait des sutures) et l'immobilisation est maintenue pendant 2 à 6 semaines. Il est recommandé d'immobiliser le poignet en légère extension à l'aide d'un plâtre qui permet une rotation libre de l'avant-bras et la fonction des doigts. Un programme de rééducation visant à maintenir la mobilité des doigts, de l'avant-bras, du coude et de l'épaule doit être mis en place immédiatement après l'opération et peut être adapté en fonction des besoins spécifiques du patient.

Une fois le plâtre retiré, un programme de rééducation personnalisé doit être mis en place afin que le patient retrouve la mobilité et la force de son poignet. Les patients sont encouragés à utiliser leur main avec une amplitude de mouvement illimitée, tant que cela reste dans les limites de la douleur. Il convient d'éviter de porter du poids avec le poignet pendant les six premières semaines suivant l'implantation, puis de l'augmenter progressivement.

Afin de détecter tout descellement des implants ou tout autre effet indésirable, un suivi régulier comprenant un examen clinique et des radiographies doit être envisagé pendant toute la durée de vie du dispositif.

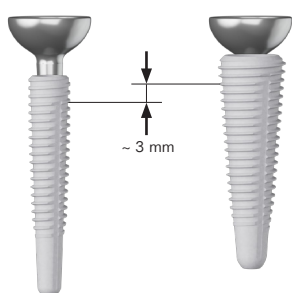
Utilisation d'un Metacarpal III Threaded Implant Large dans le radius

Si le radius est petit ou si le canal osseux est étroit, il est possible d'utiliser un Metacarpal III Threaded Implant Large comme alternative à un Radius Threaded Implant. Dans de tels cas, il convient de tenir compte de certaines considérations supplémentaires :

En raison de la différence de conception entre les Radius Threaded Implants et les Metacarpal Threaded Implants, veuillez noter que pour que la cupule soit dans la même position, un Metacarpal Threaded Implant doit être enfoncé environ 3 mm dans une direction plus proximale dans le radius par rapport à un Radius Threaded Implant. Il convient d'en tenir compte lors du forage et du choix de la taille appropriée du Metacarpal Threaded Implant.



Radius Cup CoCrMo, Ø15 mm



Radius Cup CFR-PEEK, Ø15 mm



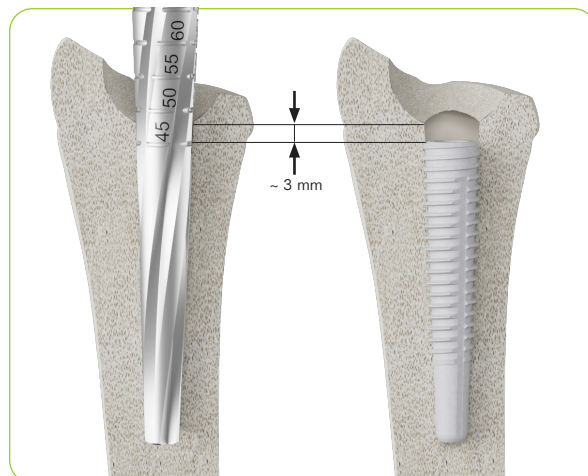
Radius Cup PE, Ø 15 mm



IMAGES NON À L'ÉCHELLE

Technique chirurgicale

1. Percez conformément à l'étape 10 de la technique chirurgicale standard en utilisant le *Cannulated Drill for Metacarpal III, Large (40-1551)* à la place du *Cannulated Drill for Radius (40-1546)*.
2. Suivez l'étape 11 de la technique chirurgicale standard pour fraiser la Radius Cup.
3. Une fois le fraisage avec le *Radius Spherical Drill* achevé, le *Cannulated Drill for Metacarpal III, Large* est réinséré afin de mesurer la taille du Metacarpal III Threaded Implant pour le radius. La taille correcte sera indiquée par la canule de forage située à environ 3 mm sous le fond de la dépression créée par le *Radius Spherical Drill*. Si la taille est intermédiaire, le *Cannulated Drill for Metacarpal III* est avancé jusqu'à ce que la canule suivante se trouve à environ 3 mm sous le fond de la dépression.
4. Assemblez le tournevis et le Metacarpal III Threaded Implant de grande taille choisi, conformément à l'étape 13 de la technique chirurgicale standard.
5. L'implant est inséré jusqu'à ce qu'il se trouve à environ 3 mm (environ 1,5 tour complet du tournevis assemblé) sous le fond de la dépression créée par le *Radius Spherical Drill*. Si vous rencontrez une forte résistance lors de l'insertion, faites une pause pour permettre à l'os de se détendre avant de continuer.

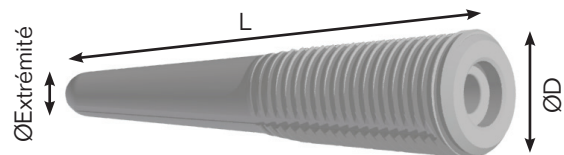


Radius Threaded Implants optionnels

Si le Radius Threaded Implant standard le plus grand (L = 50 mm) est trop petit, des implants plus grands sont disponibles en option sur demande.

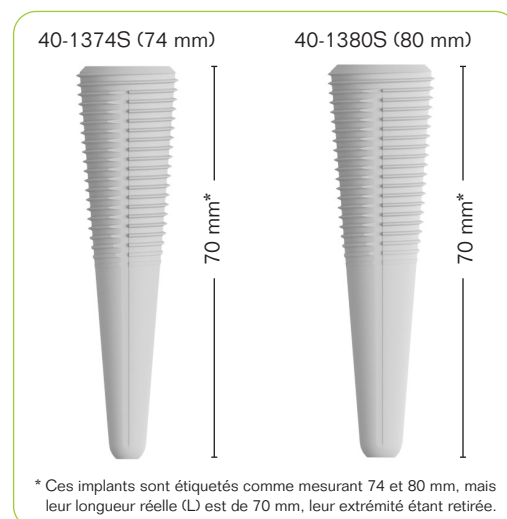
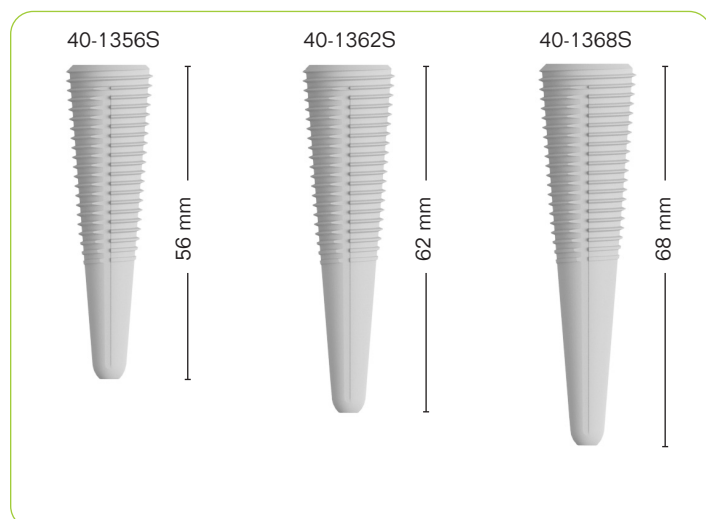
Les implants de 56, 62 et 68 mm ont le même diamètre d'extrémité que les implants standard et correspondent aux longueurs suivantes de la gamme (à partir du même cône).

Les implants étiquetés 74 et 80 mm suivent dans la gamme (à partir du même cône), mais leur extrémité a été retirée afin qu'ils ne mesurent plus que 70 mm de long. Par conséquent, même si vous devez forer jusqu'à 74 ou 80 mm, l'implant n'atteindra qu'une profondeur de 70 mm. Voir le tableau à droite pour les dimensions.



Article	Longueur (mm) (profondeur de forage requise)	Longueur réelle de l'implant (L) (mm)	ØExtrémité (mm)	ØD (mm)
40-1356S	56	56	5,7	15,8
40-1362S	62	62	5,7	16,8
40-1368S	68	68	5,7	17,7
40-1374S	74	70*	6,3	18,5
40-1380S	80	70*	7,3	19,5

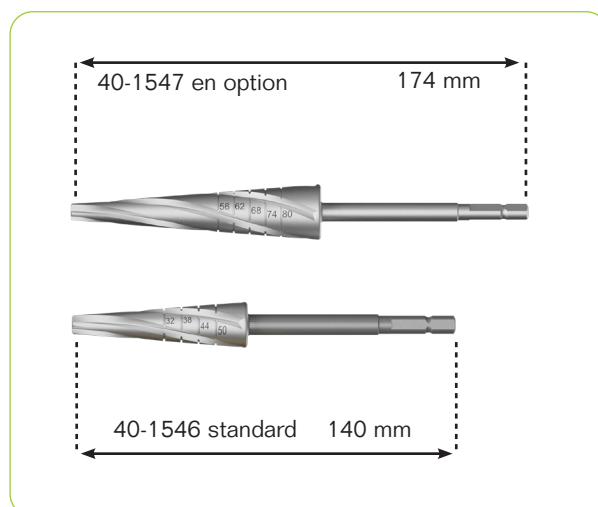
* Ces implants ont une longueur réelle (L) de 70 mm – leur extrémité est retirée.



* Ces implants sont étiquetés comme mesurant 74 et 80 mm, mais leur longueur réelle (L) est de 70 mm, leur extrémité étant retirée.

Technique chirurgicale

1. Percer conformément à l'étape 10 de la technique chirurgicale standard, mais utiliser la *Cannulated Drill for Radius 56-86 mm (40-1547)* à la place de la *Cannulated Drill for Radius 32-50 mm (40-1546)*. Le tableau ci-dessus doit être utilisé comme référence concernant la profondeur de forage requise et la longueur réelle de l'implant correspondant.
2. Insérez le Radius Threaded Implant conformément à l'étape 13 de la technique chirurgicale standard.



Information produits

Implants

Radius Cup CoCrMo Ø15 mm	40-1015S
------------------------------	----------



Radius Cup CFR-PEEK Ø15 mm	40-1915S
--------------------------------	----------



Radius Cup PE Ø15 mm	40-1415S
--------------------------	----------



Metacarpal Head Ø15 mm Medium	40-1715S
-----------------------------------	----------



Metacarpal Head Ø15 mm Long	40-1215S
---------------------------------	----------



Metacarpal Head Ø15 mm Extra Long	40-1315S
---------------------------------------	----------



Radius Threaded Implant Length 32 mm	40-1332S
--	----------



Radius Threaded Implant Length 38 mm	40-1338S
--	----------



Radius Threaded Implant Length 44 mm	40-1344S
--	----------



Radius Threaded Implant Length 50 mm	40-1350S
--	----------



Radius Threaded Implant Length 56 mm	40-1356S
--	----------



Radius Threaded Implant Length 62 mm	40-1362S
--	----------



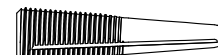
Radius Threaded Implant Length 68 mm	40-1368S
--	----------



Radius Threaded Implant Length 74 mm	40-1374S
--	----------



Radius Threaded Implant Length 80 mm	40-1380S
--	----------

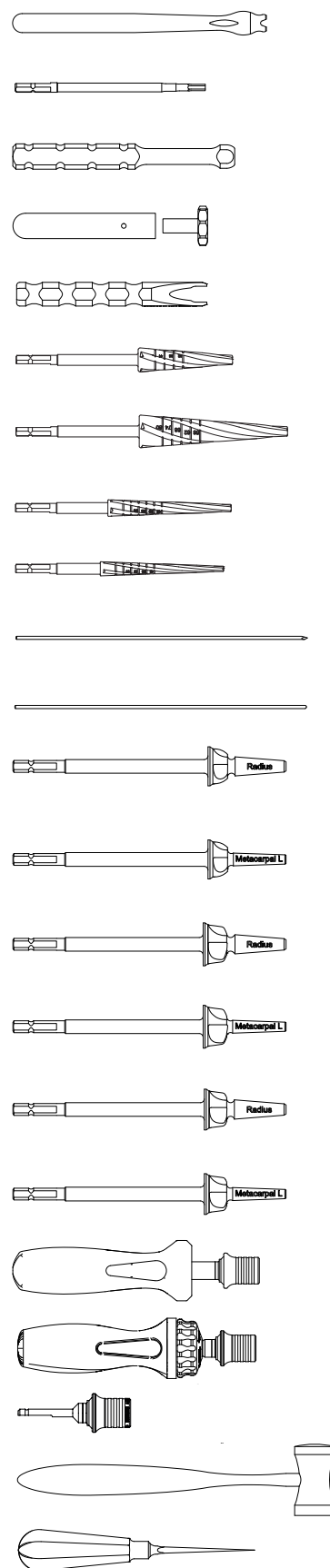


Metacarpal III Threaded Implant Large Length 45 mm	40-1445S
Metacarpal III Threaded Implant Large Length 50 mm	40-1450S
Metacarpal III Threaded Implant Large Length 55 mm	40-1455S
Metacarpal III Threaded Implant Large Length 60 mm	40-1460S
Metacarpal III Threaded Implant Large Length 65 mm	40-1465S
Metacarpal III Threaded Implant Large Length 70 mm	40-1470S
Metacarpal III Threaded Implant Small Length 45 mm	40-1475S
Metacarpal III Threaded Implant Small Length 50 mm	40-1480S
Metacarpal III Threaded Implant Small Length 55 mm	40-1485S
Metacarpal III Threaded Implant Small Length 60 mm	40-1490S
Metacarpal III Threaded Implant Small Length 65 mm	40-1495S
Metacarpal III Threaded Implant Small Length 70 mm	40-1400S



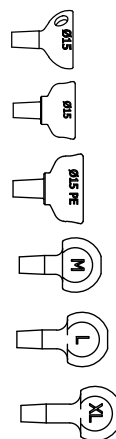
Instruments

Hohmann Capitate Retractor	40-1503
Screwdriver 3.5 mm Hex with Quick-Lock	40-1513
Impactor	40-1516
Guide Wire T-handle	40-1518
Cup Remover	40-1519
Cannulated Drill for Radius 32-50 mm	40-1546
Cannulated Drill for Radius 56-86 mm	40-1547
Cannulated Drill for Metacarpal III Large 45-70 mm	40-1551
Cannulated Drill for Metacarpal III Small 45-70 mm	40-1552
Guide Wire with Sharp Tip Ø2 mm	40-1561
Guide Wire with Round Tip Ø2 mm	40-1563
Radius Spherical Drill Ø15 mm	40-1567
Radius Spherical Drill Ø15 mm For Metal Cup and Metacarpal Threaded Implant, L	40-1574
Radius Spherical Drill Ø15 mm For PE Cup	40-1568
Radius Spherical Drill Ø15 mm For PE Cup and Metacarpal Threaded Implant, L	40-1569
Radius Spherical Drill Ø15 mm For PEEK Cup	40-1572
Radius Spherical Drill Ø15 mm For PEEK Cup and Metacarpal Threaded Implant, L	40-1576
Handle Tri-Lobe with Quick-Lock	45-2585
Handle Tri-Lobe with Ratchet (optional)	40-2593
Adapter, from AO male to Tri-Lobe female (optional)	40-5000
Hammer	52-2211
Awl	62-3070
Instrument Tray and Lid	40-2600



Trial

Trial – Radius Cup Ø15 mm	40-1522
Trial – Radius Cup Ø15 mm For PEEK Cup	40-1541
Trial - Radius Cup Ø15 mm For PE Cup	40-1543
Trial – Metacarpal Head Ø15 mm Medium	40-1524
Trial – Metacarpal Head Ø15 mm Long	40-1528
Trial – Metacarpal Head Ø15 mm Extra long	40-1602



Notice d'utilisation

Pour obtenir la dernière version de cette notice d'utilisation. Veuillez vous rendre sur :
download.swemac.com/motec-wrist-system

Swemac

Motec® Wrist Prosthesis

Fabricant: **Swemac Innovation AB**  2862
Cobolgatan 1 • SE-583 30 Linköping, Suède
 +46 13 37 40 30 • info@swemac.com
www.swemac.com

P270-28-2-PROSTHESIS-FR-20260209

Traduction de: P270-28-2-PROSTHESIS-20260123

Cette technique chirurgicale est applicable aux versions des dispositifs marqués CE conformément à la MDD (directive 93/42/CEE) et au MDR (règlement (UE) 2017/745).