

Technique chirurgicale



Acumed® est un leader mondial dans le domaine des solutions orthopédiques et médicales innovantes.



Nous nous consacrons au développement de produits, de méthodes de service et d'approches permettant d'améliorer les soins aux patients.



Système de plaques pour poignet Acumed® Acu-Loc® 2

Le système de plaques pour poignet Acu-Loc 2 propose différentes gammes de plaques et de technologies de vis pour traiter plusieurs types de fractures du radius distal et de l'ulna distale. Il comprend des plaques palmaires pour ulna distale, ainsi que des plaques palmaires, dorsales et spécifiques pour fragments du radius distal.

Le système de plaques palmaires pour radius distal (PRD) Acu-Loc 2 d'Acumed constitue la nouvelle génération de fixation par plaques. Ce système présente plusieurs nouvelles options pour plaques, une vis de compression à verrouillage unique en deux parties, des instruments innovants pour la prise en charge des fractures et de nouveaux outils de mise en place des plaques.

Certains produits présentés et/ou décrits peuvent ne pas être disponibles dans votre région de distribution. Pour plus d'informations, veuillez contacter votre distributeur local Acumed agréé.

	Définition
Avertissement	Indique des informations critiques sur une issue potentiellement grave pour le patient ou l'utilisateur.
Mise en garde	Indique les instructions qui doivent être suivies afin de garantir une utilisation correcte du dispositif.
Remarque	Indique des informations nécessitant une attention particulière.

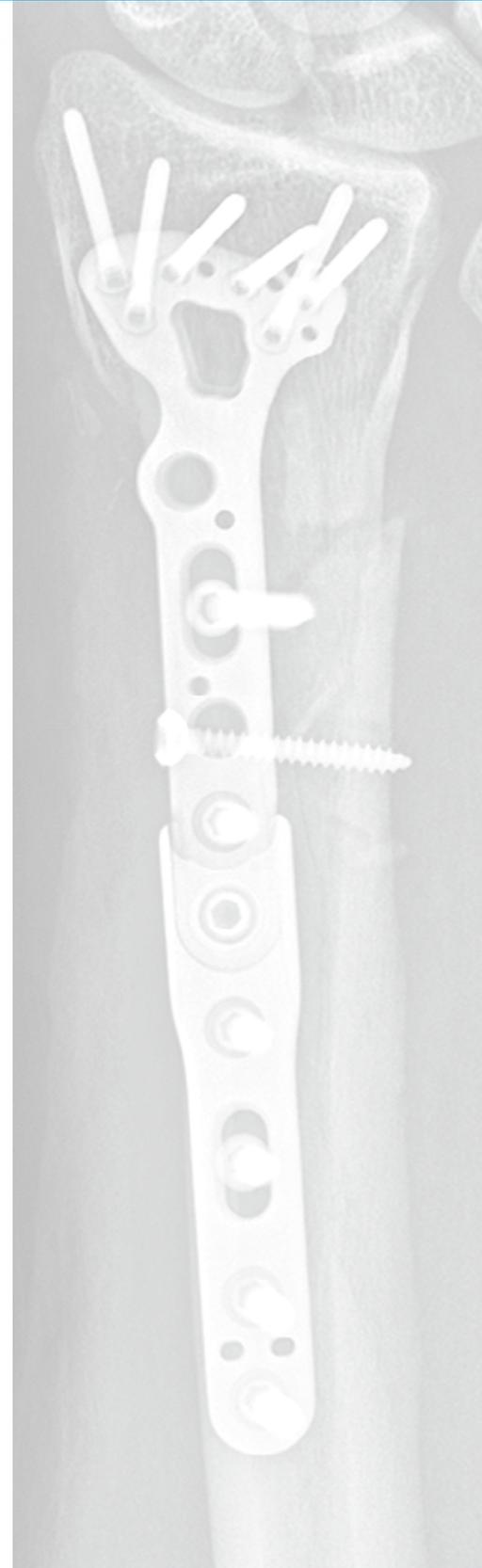


Table des matières

Caractéristiques du système Acu-Loc 2	2
Instruments de mise en place des plaques	12
Techniques chirurgicales	13
Technique chirurgicale pour plaque palmaire pour radius distal (PRD) Acu-Loc 2	13
Technique chirurgicale spécifique pour fragments du radius distal (SFRD)	18
Technique chirurgicale pour plaque pour styloïde radiale	20
Technique chirurgicale pour plaque de suture palmaire pour lunatum	21
Technique chirurgicale pour plaque dorsale pour lunatum et pour plaque de renfort pour rebord dorsal	22
Technique chirurgicale pour plaque palmaire pour ulna dorsale (PUD) Acu-Loc 2	24
Technique chirurgicale pour plaque dorsale Acu-Loc	28
Technique chirurgicale pour plaque extra-articulaire (EX) Acu-Loc	31
Technique chirurgicale pour vis de compression Frag-Loc	34
Technique chirurgicale pour vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm	37
Fixation de l'angle ulno-palmaire	40
Technique pour plaque à crochets d'arrachement pour la fixation de petits fragments du rebord palmaire	42
Informations de commande	47
Références	63

Caractéristiques du système

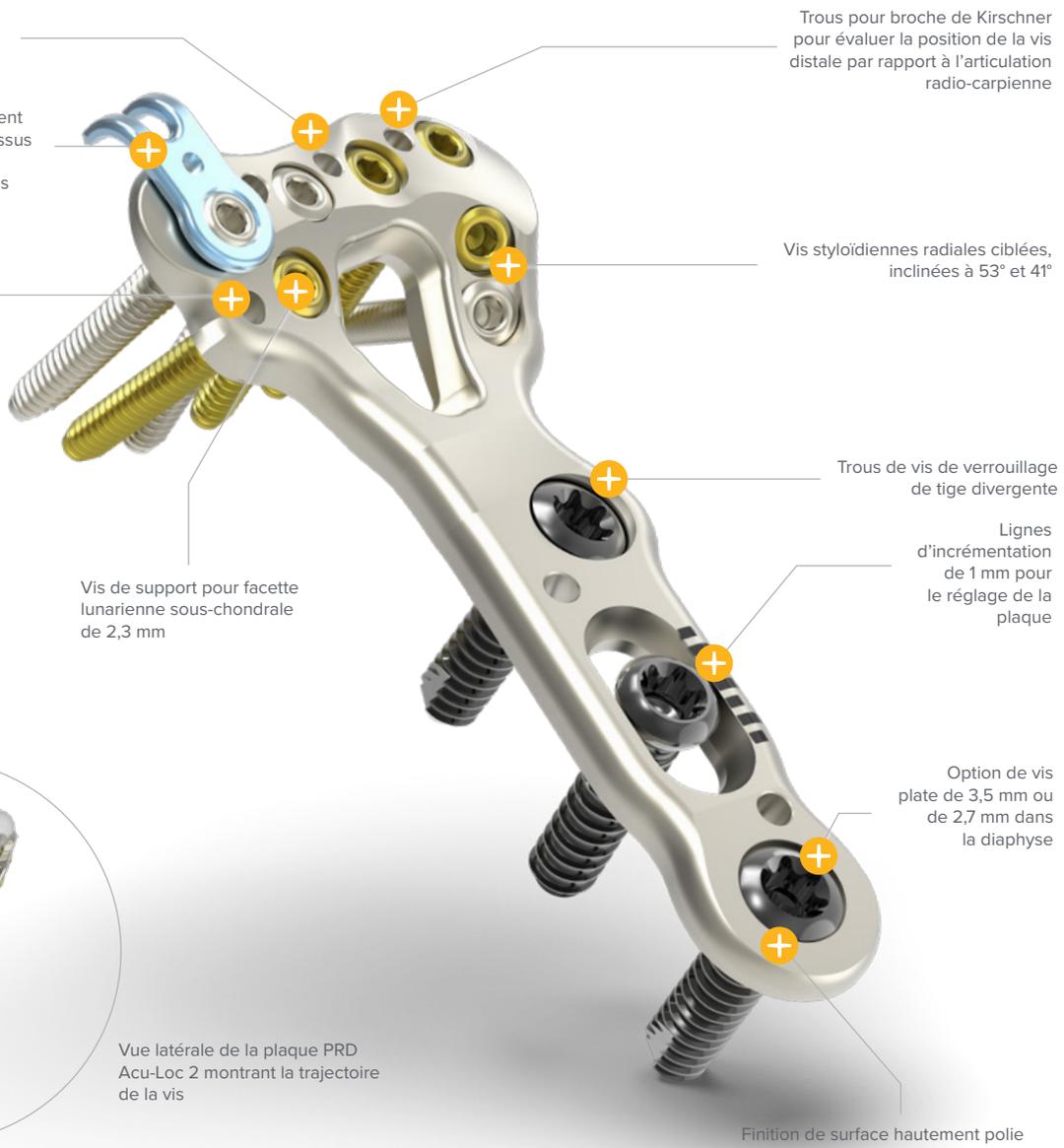
Plaques palmaires pour radius distal (PRD) Acu-Loc 2

La plaque Acu-Loc 2 standard est conçue pour reproduire fidèlement les contours anatomiques du radius distal et peut contribuer à restaurer la géométrie d'origine. Les vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm peuvent être utilisées dans le trou styloïde distal uniquement pour toutes les plaques PRD Acu-Loc 2 de couleur argent. Pour plus d'informations, voir la section Vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm.

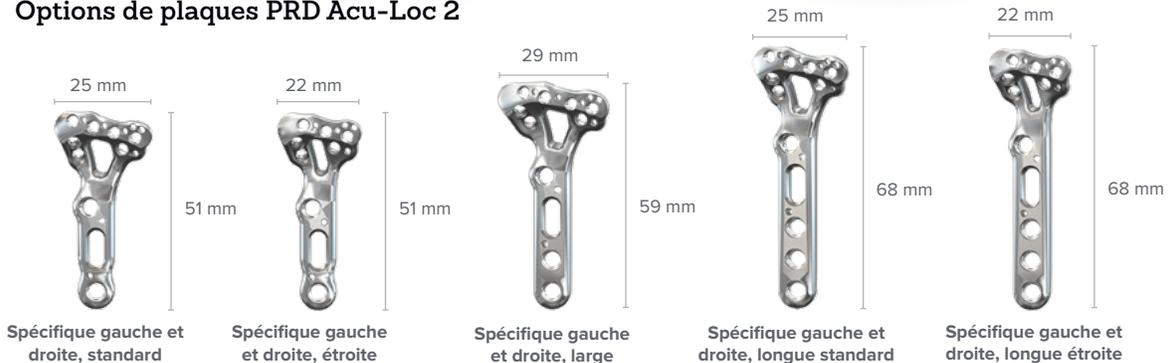
Les trous de suture facilitent la fixation des petits fragments articulaires

La plaque à crochets d'arrachement optionnelle peut être fixée au-dessus ou en dessous de la plaque PRD afin de stabiliser et de soutenir les fragments du rebord palmaire.

Trou pour broche de Kirschner pour évaluer la position de la vis ulnaire par rapport à l'articulation radio-ulnaire distale (ARUD)



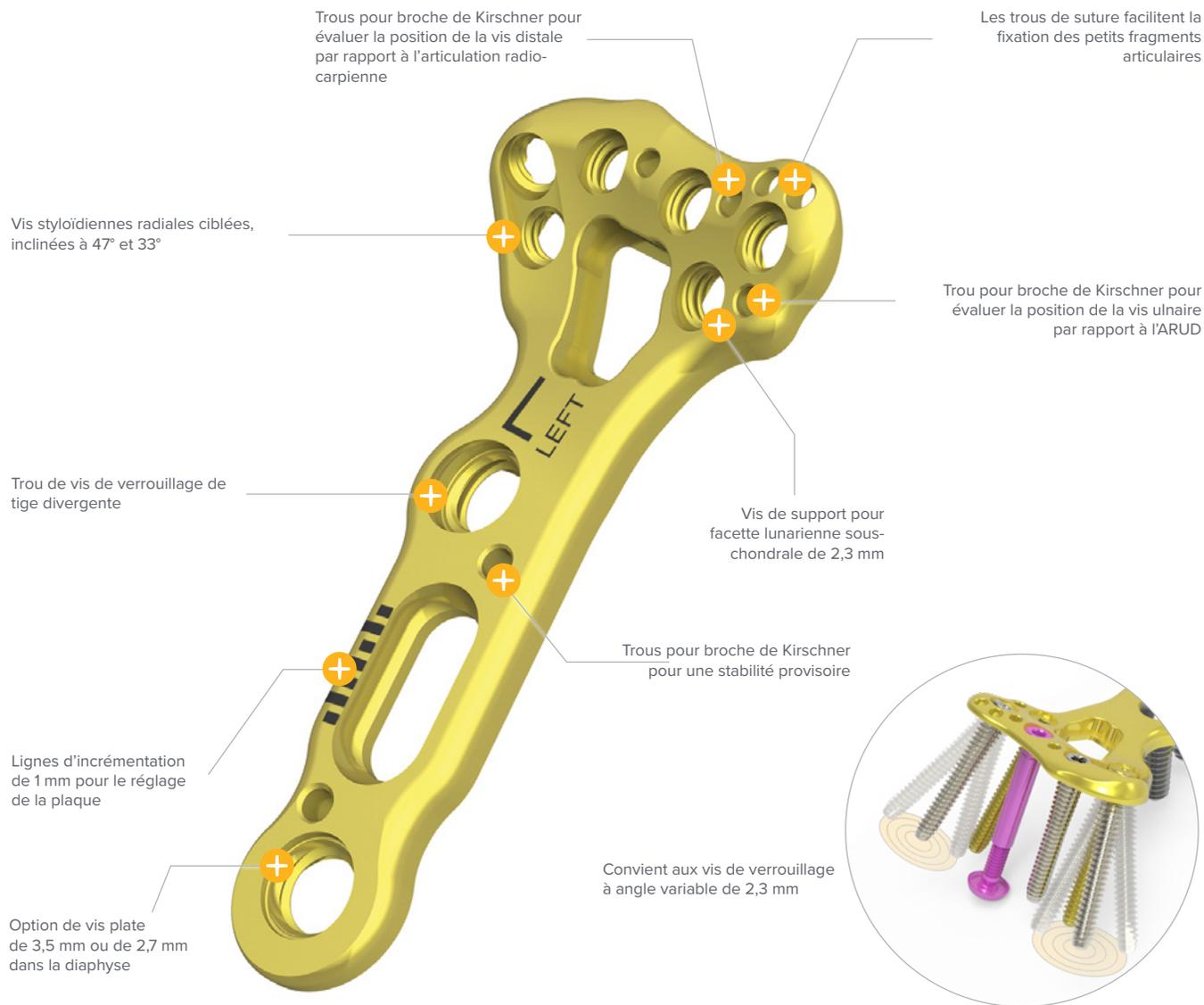
Options de plaques PRD Acu-Loc 2



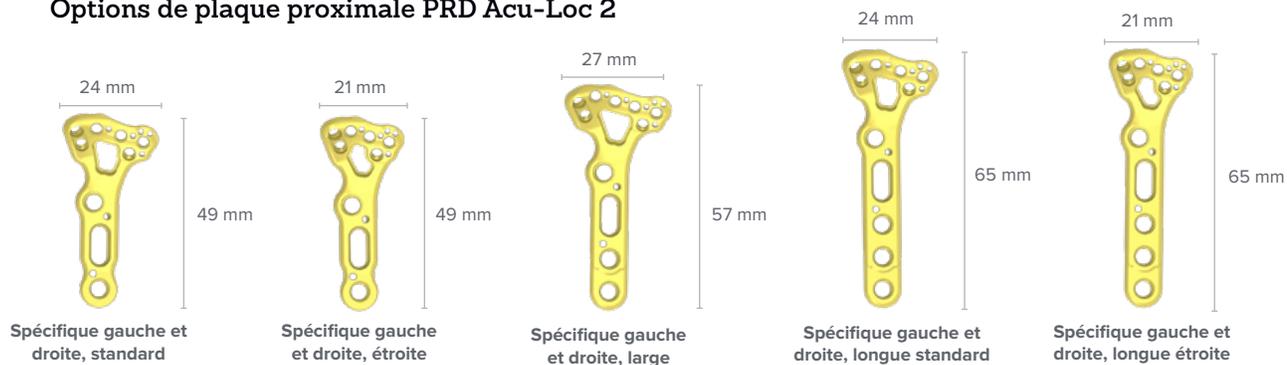
Caractéristiques du système [suite]

Plaques palmaires pour radius distal (PRD) proximales Acu-Loc 2

Les plaques PRD proximales sont conçues pour être placées environ 2 mm plus près que les plaques PRD standard. Toutes les vis de 2,3 mm du système, y compris les vis de verrouillage à angle variable, peuvent être utilisées dans n'importe quel trou de vis de 2,3 mm des plaques PRD proximales Acu-Loc 2. Pour plus d'informations, voir la section Vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm.



Options de plaque proximale PRD Acu-Loc 2



Caractéristiques du système [suite]

Plaques d'extension PRD Acu-Loc 2

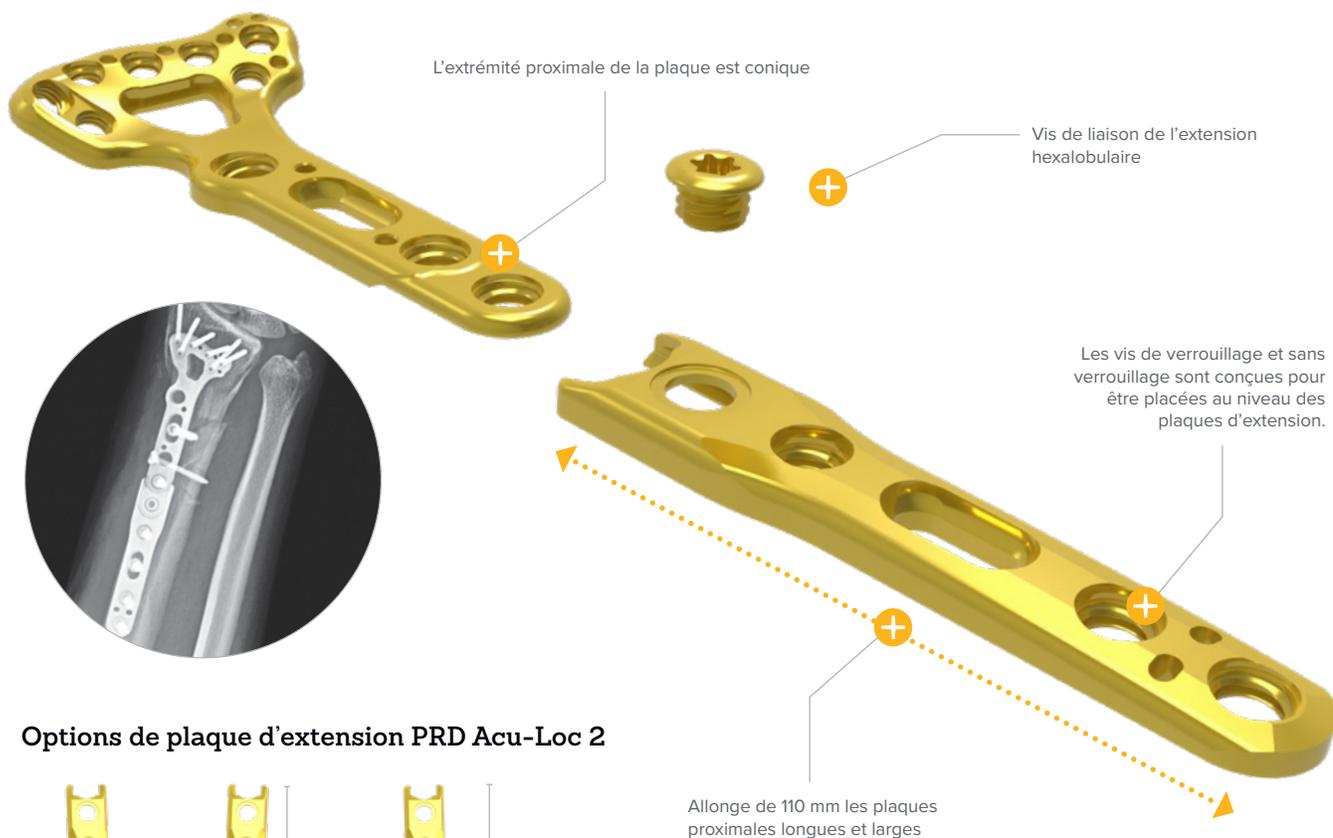
Le système de plaques PRD Acu-Loc 2 inclut la possibilité d'étendre les plaques PRD proximales Acu-Loc 2. Les plaques d'extension PRD Acu-Loc 2 sont verrouillées de manière rigide avec une vis de liaison (hexagonale) PRD Acu-Loc 2 (30-0093) ou une vis de liaison hexalobulaire PRD Acu-Loc 2 (30-0100) sur les plaques PRD proximales Acu-Loc 2 suivantes :

- ▶ Plaques PRD longues, standard, proximales Acu-Loc 2
- ▶ Plaques PRD longues, étroites, proximales Acu-Loc 2
- ▶ Plaques PRD larges, proximales Acu-Loc 2

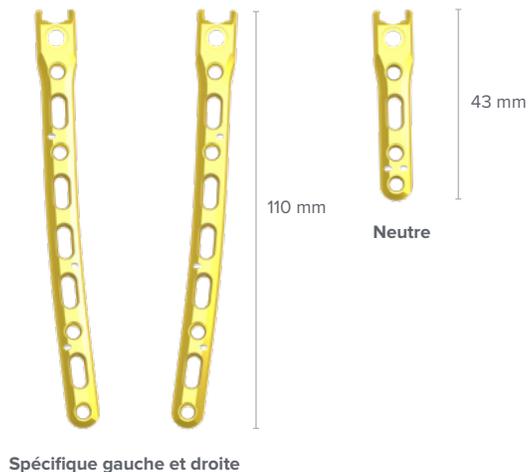
Plaques d'extension longues

Les fixations de plaques modulaires permettent aux chirurgiens d'allonger de 110 mm supplémentaires n'importe quelle plaque proximale longue et large. Cette option comporte des plaques gauche et droite pour s'adapter à l'arc radial. Les plaques sont reliées par une vis de liaison hexagonale ou hexalobulaire.

Avertissement : La vis hexalobulaire plate de 2,7 mm n'est pas conçue pour être utilisée avec la plaque d'extension Acu-Loc 2 (70-0364, 70-0365, 70-0366).



Options de plaque d'extension PRD Acu-Loc 2



Combinaisons de longueurs de plaques disponibles

Longueurs de plaques avec extension	Large	Longue étroite	Longue standard
Extension neutre	100 mm	108 mm	108 mm
Extension longue	167 mm	176 mm	176 mm

Caractéristiques du système [suite]

Plaques spécifiques pour fragments du radius distal (SFRD)

Les plaques spécifiques pour fragments du radius distal (SFRD) sont conçues pour faire face de manière indépendante aux difficultés inhérentes aux fractures complexes. La pose de plaques spécifiques aux fragments dépend du modèle à trois colonnes qui sépare les côtés ulnaire et radial du radius distal par rapport à l'ulna distale. La théorie des trois colonnes correspond aux modèles de fracture du radius distal les plus courants et permet la reconstruction anatomique des fragments de fractures intra-articulaires.



Plaque de suture palmaire pour lunatum

La plaque de suture palmaire pour lunatum (70-0334) soutient l'angle ulno-palmaire du radius. Des sutures peuvent être passées par la capsule palmaire et les trous de suture de la plaque pour fixer ces fragments osseux très petits, mais cliniquement importants.



Plaque pour styloïde radiale divergente

La plaque pour styloïde radiale divergente (70-0331) renforce la colonne radiale. Deux vis distales unicorticales divergent pour fournir un support osseux sous-chondral, une vis visant le rebord dorsal de l'échancrure sigmoïde et l'autre visant le rebord palmaire.



Plaques dorsales de renfort pour lunatum et pour rebord dorsal

Utilisées pour stabiliser les modèles de fracture impliquant la facette lunarienne dorsale du radius distal et l'échancrure sigmoïde, la plaque dorsale pour lunatum (70-0337 ou 70-0338) soutient la facette lunarienne. La plaque de renfort pour rebord dorsal (70-0335 ou 70-0336) est placée sur la face ulno-dorsale du radius et s'étend dans le sens radial pour soutenir la fragmentation du rebord dorsal et la styloïde radiale. Une vis peut être insérée dans le sens ulna-radius pour un soutien supplémentaire de la styloïde radiale.

Remarque : si la longue vis styloïdienne ulna-radius est souhaitée dans la plaque de renfort pour rebord dorsal, il est recommandé d'utiliser le guide de perçage à verrouillage de 2,0 mm 6–46 mm (80-0592).



Options de plaques spécifiques aux fragments du radius distal (SFRD)



Tableau de références de la plaque SFRD

Or	Neutre
Bleu	Spécifique gauche
Vert	Spécifique droite

Caractéristiques du système [suite]

Plaques spécifiques pour fragments du radius distal (SFRD)

Plaques dorsales Acu-Loc

Les plaques dorsales de verrouillage Acu-Loc offrent une solution pour traiter les fractures du radius distal depuis le côté dorsal.



Plaques palmaires pour l'ulna distale (PUD) Acu-Loc®

Les plaques PUD Acu-Loc sont spécifiquement conçues pour les fractures péri-articulaires de l'ulna distale. Le positionnement et l'angle des vis visent les fragments distaux de la tête et du col de l'ulna.

Options de plaques PUD Acu-Loc



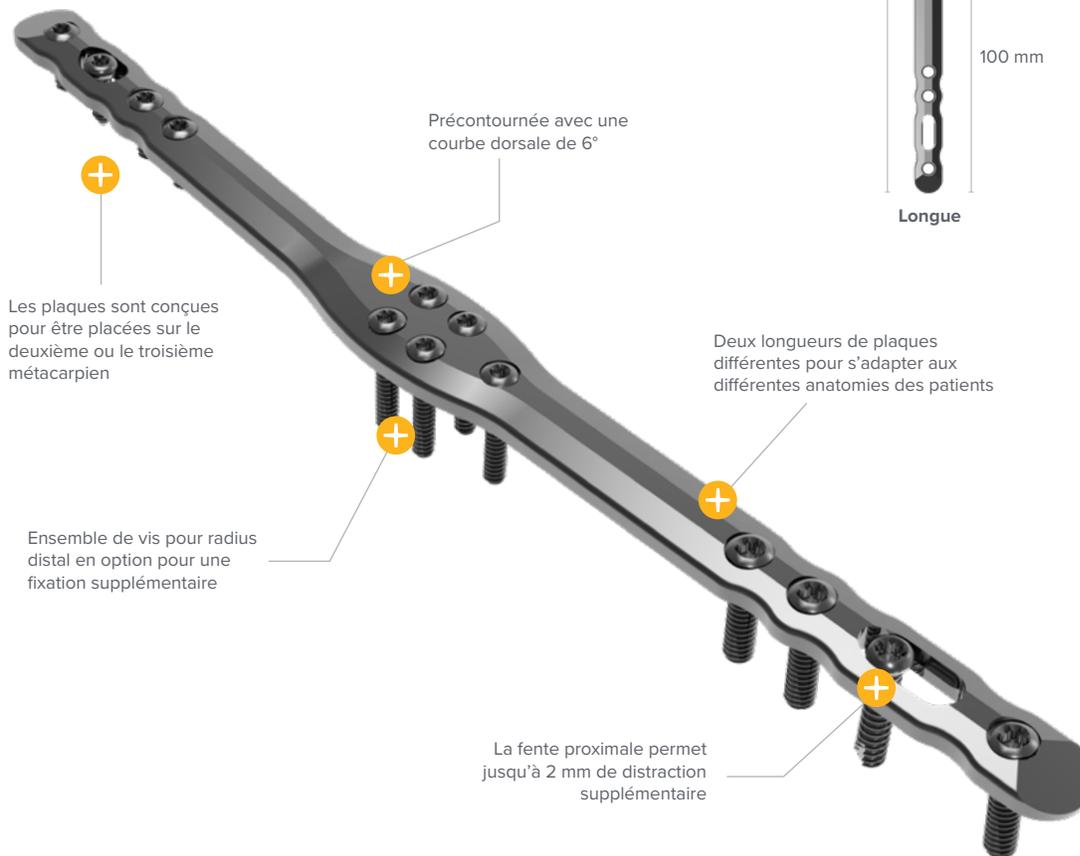
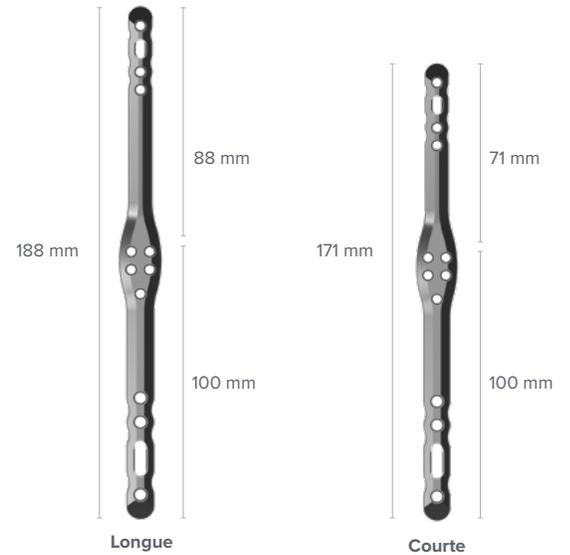
Caractéristiques du système [suite]

Plaques de serrage pour poignet

Conçues pour traiter les fractures complexes du radius distal, ces fixateurs temporaires maintiennent le poignet en distraction et assurent la ligamentotaxie pendant la guérison du radius distal.

Pour plus d'informations sur les plaques de serrage pour poignet Acu-Loc, voir HNW10-05.

Options de plaques de serrage pour poignet Acu-Loc



Remarque : la plaque de serrage pour poignet Acumed Acu-Loc est conçue pour être utilisée avec des vis de verrouillage et sans verrouillage de 2,7 mm et de 3,5 mm.

La plaque de serrage pour poignet et les vis hexabolaires de verrouillage et sans verrouillage de 2,7 mm sont fournies dans un emballage stérile. Les instruments de 2,7 mm peuvent être placés dans le bac polyvalent du système de pose des plaques pour poignet Acu-Loc 2.

Les vis hexabolaires de verrouillage et sans verrouillage de 3,5 mm et les instruments sont inclus dans le système de plaques pour poignet Acu-Loc 2.

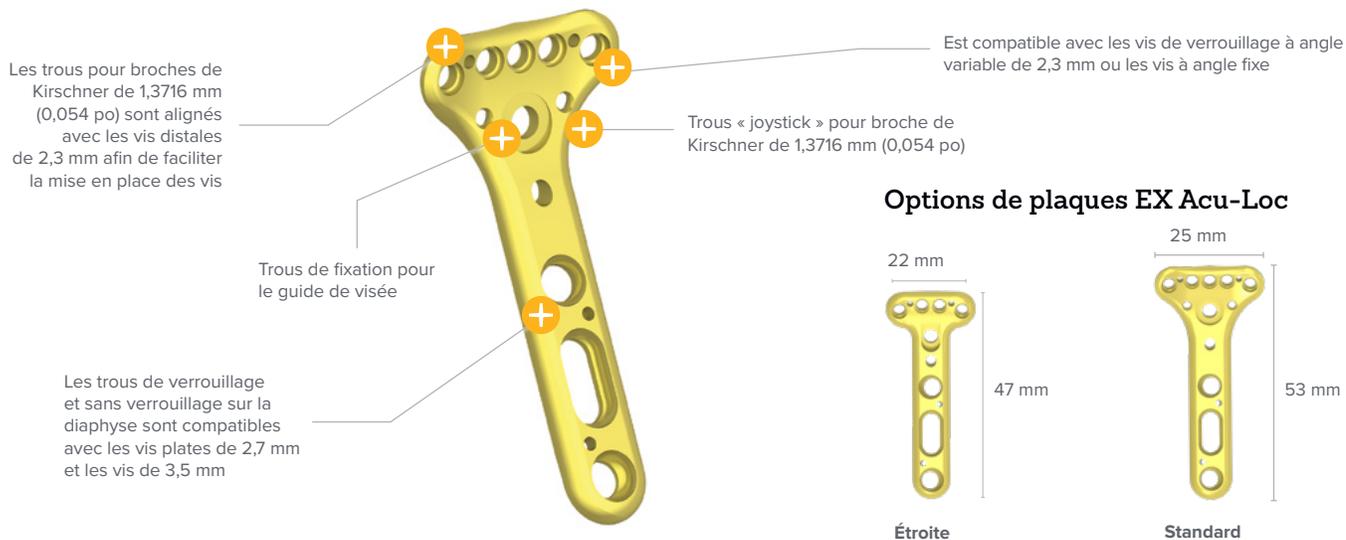
Des vis hexabolaires de verrouillage et sans verrouillage CoCr de 2,7 mm et de 3,5 mm sont également proposées en option pour une utilisation avec la plaque de serrage pour poignet Acu-Loc.

Mise en garde : les vis de serrage pour poignet de 2,7 mm sont différentes des vis hexabolaires plates de 2,7 mm.

Caractéristiques du système [suite]

Plaques extra-articulaires (EX) Acu-Loc

Toutes les vis de 2,3 mm du système, y compris les vis de verrouillage à angle variable, peuvent être utilisées dans la rangée distale des plaques EX Acu-Loc. Pour plus d'informations, voir la section Vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm.



Géométrie de la tête de vis de 2,3 mm

La géométrie réduite de la tête est conçue pour être au même niveau que les plaques les plus fines des plaques palmaires pour radius distal Acu-Loc 2.

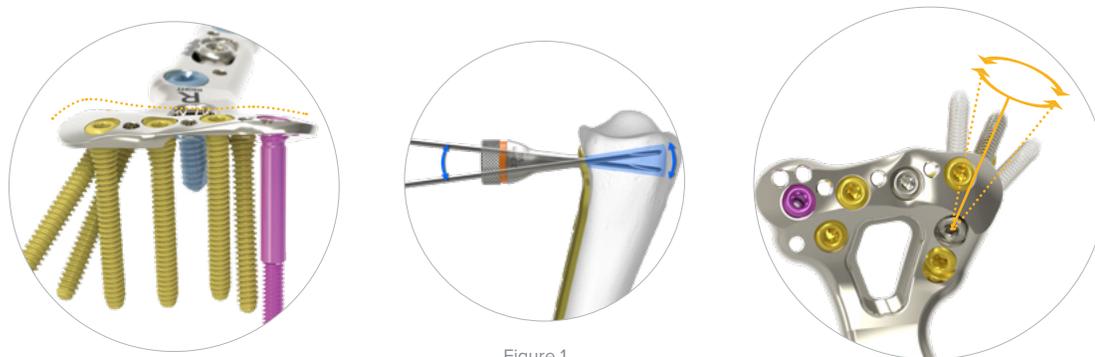


Figure 1

Vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm

Les vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm (30-23XX) d'Acumed peuvent être utilisées dans n'importe quel trou distal des plaques proximales PRD Acu-Loc 2 et des plaques EX Acu-Loc de couleur or. Les vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm ne doivent être utilisées que dans le trou styloïde distal des plaques PRD Acu-Loc 2 de couleur argent et non dans les autres trous distaux de la plaque, sauf lorsqu'elles sont utilisées pour fixer une plaque à crochets pour arrachement. Les options de taille des vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm vont de 14 à 28 mm par incrément de 2 mm. Les vis de verrouillage à angle variable permettent une variation totale de 15°. Les vis de verrouillage à angle variable sont conçues pour faciliter la capture de fragments spécifiques ou pour s'adapter aux différentes anatomies des patients.

Remarque : la technologie des vis de verrouillage à angle variable ne doit pas être utilisée pour compenser un positionnement sous-optimal de la plaque et la réduction de la fracture.

Un guide de perçage à angle variable de 2,3 mm (80-0762) permet au chirurgien de percer dans la limite suggérée de 15° (Figure 1). Des guides de visée radiotransparents à angle fixe standards sont fournis.

Les instruments pour vis de verrouillage à angle variable sont de couleur orange afin d'identifier rapidement la perceuse, le guide de perçage et le mandrin de tournevis appropriés dans le système.

Mise en garde :

Les vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm ne doivent être utilisées que dans le trou styloïde distal des plaques PRD Acu-Loc 2 de couleur argent et non dans les autres trous distaux de la plaque.

Caractéristiques du système [suite]

Vis de compression Frag-Loc®



Plaque à crochets
d'arrachement de 0,8 mm
(7005-08001-S)

Vis de compression Frag-Loc®
(30-0371)



Manchon de compression Frag-Loc®
(30-0370)



Vis de compression Frag-Loc®, longue
(30-0372)

La vis de compression Frag-Loc est une vis de compression canulée en deux parties conçue pour réduire les fragments dorsaux sur les plaques PRD Acu-Loc 2, les plaques spécifiques pour fragments du radius distal (SFRD), la plaque de suture palmaire pour lunatum, les plaques PRD Acu-Loc et les plaques EX Acu-Loc.

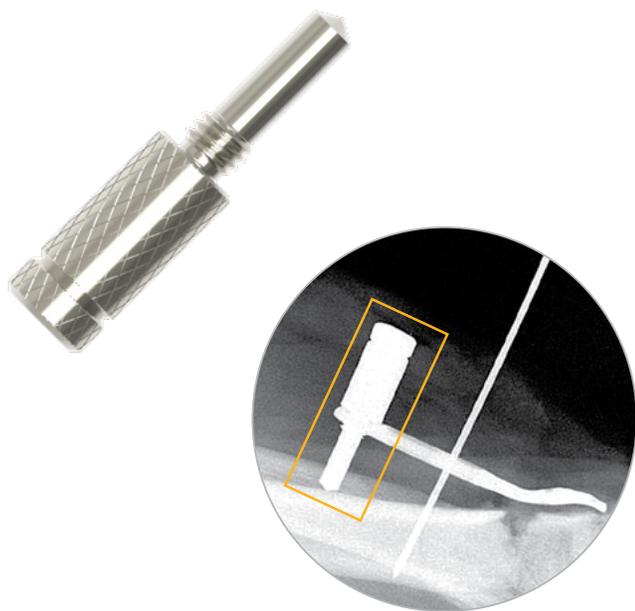
La vis de compression Frag-Loc ne peut être utilisée que pour des longueurs de vis comprises entre 16 et 24 mm et la vis de compression Frag-Loc longue peut être utilisée pour des longueurs comprises entre 20 et 28 mm.

Nous recommandons de placer une deuxième vis de 2,3 mm dans un trou de vis adjacent afin d'empêcher la rotation du fragment osseux dorsal.

La plaque à crochets d'arrachement de 0,8 mm optionnelle peut être utilisée conjointement avec Frag-Loc pour stabiliser davantage les fragments du rebord dorsal.

Caractéristiques du système [suite]

Principaux instruments



Tiges KickStand Acu-Loc 2

Avec l'introduction de la nouvelle génération de fixation du radius distal, le système Acu-Loc 2 offre divers instruments innovants. Les tiges KickStand (80-07XX) sont des tiges filetées pour plaques, conçues pour faciliter la correction de l'inclinaison palmaire du radius distal en soulevant l'extrémité proximale de la plaque pour l'éloigner de la diaphyse radiale pour former une plateforme stable permettant d'obtenir une fixation distale par vis.

Six angles différents de tiges KickStand sont proposés pour faciliter les ostéotomies correctives et des fractures déplacées dorsalement. Cinq des tiges KickStand sont proposées avec des incréments fixes d'angle d'ostéotomie de 5°, 10°, 15°, 20° ou 25°. Une option entièrement filetée pour les fractures permet une correction de l'inclinaison palmaire entre 5 et 30°.

Lors d'une ostéotomie, la correction angulaire souhaitée de la face palmaire du radius distal détermine le choix de la tige KickStand. Une tige KickStand à 10° soulèvera la plaque d'environ 7,5 mm. La tige KickStand choisie est vissée dans le trou de verrouillage juste à côté de la fente de réglage de la plaque PRD Acu-Loc 2 avant la mise en place de la plaque.

Tige KickStand 5°
(80-0718)



Tige KickStand 10°
(80-0719)



Tige KickStand 15°
(80-0720)



Tige KickStand 20°
(80-0721)



Tige KickStand 25°
(80-0722)



Tige KickStand 5–30°
(80-0731)



Caractéristiques du système [suite]

Principaux instruments

Guide de visée avec marqueurs radio-opaques

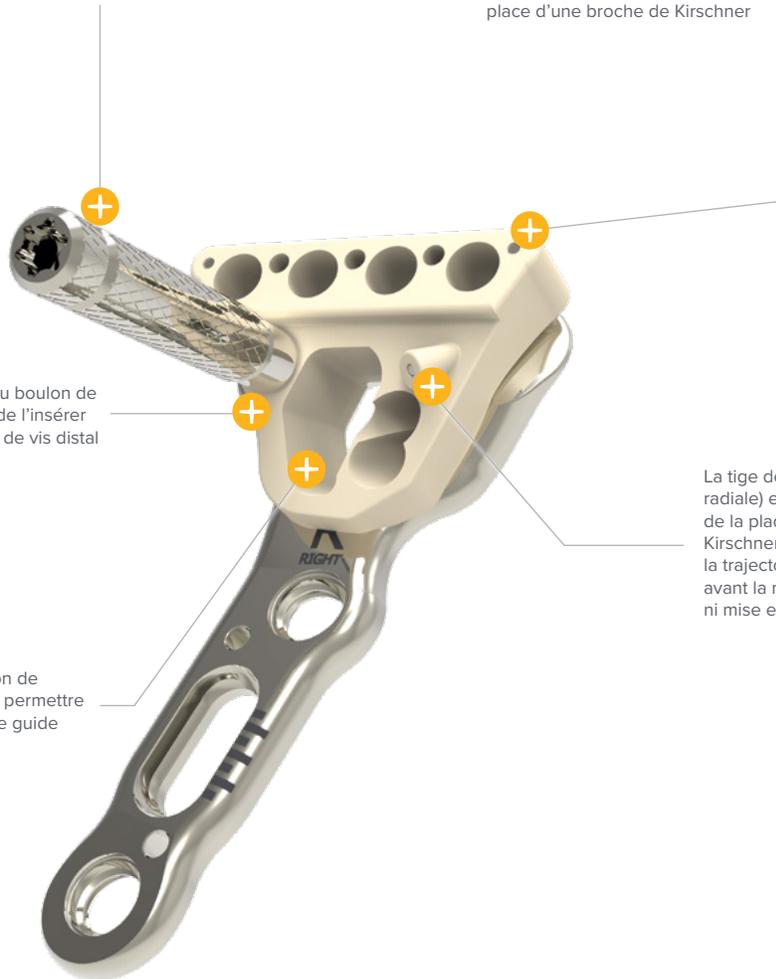
Le boulon de verrouillage canulé est compatible avec le foret à libération rapide de 2,0 mm, disponible dans plusieurs gammes de produits Acumed. Également disponible : un boulon de verrouillage canulé optionnel de 50 mm de long

Les tiges de positionnement radio-opaques (rangée distale) sont conçues pour visualiser la trajectoire des vis de la rangée distale sans mise en place d'une broche de Kirschner

Les positions multiples du boulon de verrouillage permettent de l'insérer dans n'importe quel trou de vis distal de 2,3 mm de la plaque

La fenêtre de visualisation de fracture est conçue pour permettre l'accès à la fracture par le guide de visée

La tige de positionnement radio-opaque (styloïde radiale) est conçue pour faciliter le positionnement de la plaque avant la fixation par broche de Kirschner et par vis. Sous fluoroscopie, elle montre la trajectoire de la vis styloïdienne radiale avant la mise en place de la plaque sans perçage ni mise en place d'une broche de Kirschner



Un guide pour broche de Kirschner styloïdienne permet d'insérer une broche de Kirschner dans la styloïde radiale afin de vérifier le positionnement de la plaque avant la mise en place finale de la vis styloïdienne radiale

Instruments de mise en place des plaques

Guides de visée des plaques palmaires pour radius distal (PRD) Acu-Loc® 2



Figure 1A



Figure 1B

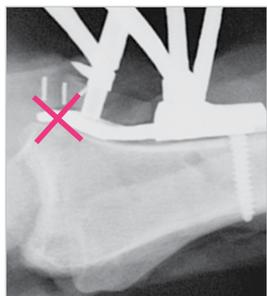


Figure 2A
Mise en place incorrecte

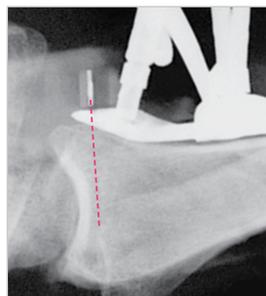


Figure 2B
Mise en place correcte

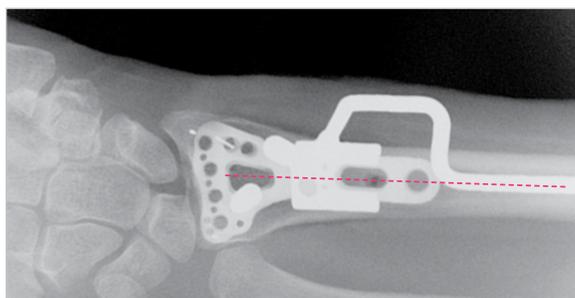
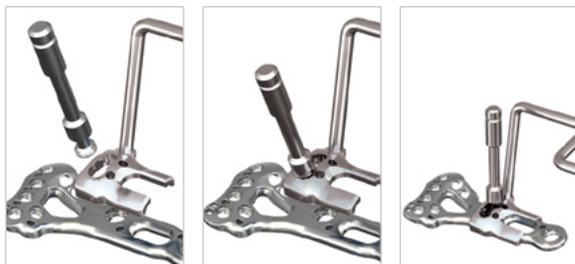


Figure 3



Les guides de visée radiotransparents plats permettent au chirurgien de viser et d'insérer toutes les vis distales. Des tiges de positionnement radio-opaques ont été intégrées aux guides de visée afin de faciliter la mise en place des plaques sous fluoroscopie.

Tige styloïdienne de positionnement (Figures 1A et 1B) :

Pour vérifier la mise en place de la plaque, une tige styloïdienne radio-opaque est utilisée en vue antéro-postérieure (A/P) afin de projeter la trajectoire de la vis styloïdienne la plus distale. Pour aligner le placement de la vis styloïdienne, positionner, sous fluoroscopie, le poignet en vue A/P et ajuster la plaque de manière à ce que la tige de positionnement vise la pointe styloïdienne. Cela permet de vérifier que la trajectoire de la vis styloïdienne est correcte avant le perçage.

Remarque : La broche de Kirschner de 1,3716 mm (0,054 po) x 152,4 mm (6 po) (WS-1406ST) peut également être utilisée pour vérifier la trajectoire de la vis styloïdienne en insérant la broche de Kirschner de 1,3716 mm (0,054 po) dans le guide pour broche de Kirschner de 1,3716 mm (0,054 po) (80-0688) dans les trous des vis du guide de visée.

Mise en place des vis distales (Figures 2A et 2B) :

Pour vérifier la mise en place de la plaque à partir d'une vue latérale, aligner les deux tiges radio-opaques parallèles. Les tiges créent un plan unique sous l'os sous-chondral, montrant la trajectoire de la rangée de vis distales. Si les tiges ne sont pas dirigées vers l'articulation, la rangée de vis distales ne le sera pas non plus. La trajectoire correcte peut être obtenue en soulevant la main en rotation neutre, de manière à ce que l'avant-bras soit à 20° par rapport à la table d'opération.

Les trous distaux des broches de Kirschner dans les guides de visée et les plaques PRD Acu-Loc 2 permettent de placer des broches de Kirschner afin de vérifier également la mise en place des plaques. Les trous des broches de Kirschner sont alignés avec les vis distales de toutes les plaques PRD Acu-Loc 2, ce qui permet au chirurgien de vérifier la mise en place des vis.

La position de la plaque peut ensuite être fixée dans le sens proximal avec une broche de Kirschner de 1,3716 mm (0,054 po) x 152,4 mm (6 po) ou un rivet pour plaque (PL-PTACK) et dans le sens distal avec une broche de Kirschner de 1,3716 mm (0,054 po) x 152,4 mm (6 po).

Poignée de positionnement de plaque PRD

La poignée de positionnement de plaque PRD (80-0729) (Figure 3) facilite la mise en place des plaques PRD Acu-Loc 2 tout en maintenant les mains du chirurgien hors du faisceau de fluoroscopie. Sous fluoroscopie, la poignée doit être alignée avec le centre de la plaque et le corps radial pour afficher une véritable vue A/P. Cela permet de placer avec précision le corps proximal de la plaque dans l'alignement de l'axe central de la diaphyse radiale.

Remarque : la conception de la poignée de positionnement de plaque Acu-Loc 2 permet d'accéder aux trous de la broche de Kirschner et à la fente pour vis de 3,5 mm à l'extrémité proximale de la plaque PRD Acu-Loc 2.

Assemblage de la poignée de positionnement de plaque PRD

- ▶ Le boulon de verrouillage 10–32 (80-0738) est vissé dans le côté gauche du trou de serrure de la base de la poignée de positionnement de plaque.
- ▶ Une fois engagé, le boulon de verrouillage bascule pour s'adapter aux plaques gauche et droite.
- ▶ Visser le boulon de verrouillage dans le trou de verrouillage de 3,5 mm le plus distal sur le corps de n'importe quelle plaque PRD Acu-Loc 2.

Technique chirurgicale pour plaque palmaire pour radius distal (PRD) Acu-Loc 2

William B. Geissler, MD

David S. Ruch, MD

Mr. Daniel J. Brown, FRCS

Tableau de références de la plaque Acu-Loc 2

Couleur argent	Les plaques PRD offrent une meilleure couverture distale et un soutien sous-chondral
Couleur or	Les plaques PRD proximales sont conçues pour être placées environ 2 mm plus près que les plaques standard.

Remarque : lors de l'insertion des vis à os, le chirurgien doit éviter d'utiliser une force excessive qui pourrait enlever/endommager des vis ou la pointe du tournevis. Une observation appropriée de la qualité osseuse, de la taille du patient et de la taille des vis peut aider à déterminer le couple d'insertion approprié pendant l'avancement des vis et le serrage final.

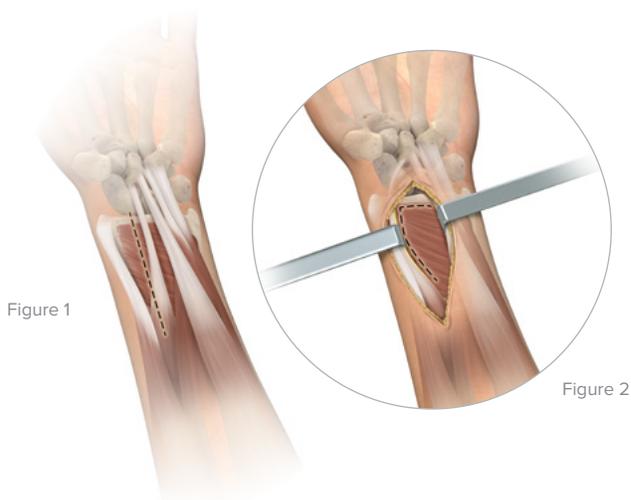


Figure 1

Figure 2

1 Exposition

Allonger l'avant-bras du patient, paume vers le haut, de façon à exposer le site chirurgical. Afin d'optimiser l'exposition, placer une serviette sous le poignet afin de le maintenir en extension. Réaliser une incision longitudinale d'environ 6 cm de long dans le sens radial par rapport au tendon du muscle fléchisseur radial du carpe (FRC) afin de ne pas blesser la branche cutanée palmaire du nerf médian (Figure 1).

Ouvrir la gaine et rétracter le tendon du FRC dans le sens radial de façon à protéger l'artère radiale. Identifier le muscle long fléchisseur du pouce (LFP) par une flexion/extension passive de l'articulation interphalangienne du pouce et le rétracter dans le sens ulnaire de façon à protéger le nerf médian (Figure 2). Identifier ensuite le muscle carré pronateur par ses fibres transversales et relâcher dans le sens radius-ulna de façon à exposer le site de la fracture.

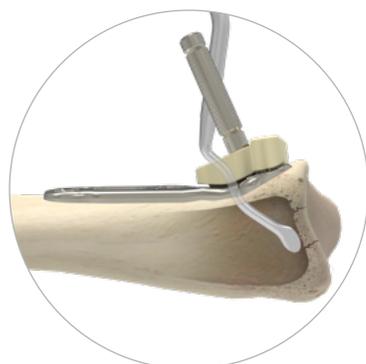


Figure 3

2 Réduction de la fracture

Il peut être nécessaire de libérer le muscle brachio-radial de son insertion sur la styloïde radiale afin de faciliter la réduction et la visualisation de la fracture. Réduire la fracture au moyen de techniques manuelles. Une stabilité provisoire peut être obtenue avec des broches de Kirschner et évaluée sous fluoroscopie.

Outil de réduction des fragments (80-0725) :

Utiliser cet outil pour la reconstruction articulaire (Figure 3). Un maillet large (Figure 4) et une pointe étroite et fine (Figure 5) permettent de soulever et de positionner les fragments de fracture articulaire à travers la fenêtre de la plaque.



Figure 4



Figure 5

Technique chirurgicale palmaire pour radius distal (PRD) Acu-Loc 2 [suite]



Figure 7

Figure 6

Combinaisons de longueurs de plaques disponibles

Longueurs de plaques avec extension	Large	Longue étroite	Longue standard
Extension neutre	100 mm	108 mm	108 mm
Extension longue	167 mm	176 mm	176 mm

Remarque : la poignée de positionnement de plaque PRD (80-0729) peut être utilisée à ce moment-là pour la mise en place de la plaque. Se reporter à Instruments de mise en place des plaques à la page 12 pour l'assemblage et la technique.

3 Sélection et mise en place des plaques

La plaque PRD Acu-Loc 2 (70-03XX) est conçue pour être placée le long de la face distale du radius afin de soutenir les fragments de fracture articulaire (Figure 6). Il existe deux gammes de plaques palmaires : les plaques PRD standard Acu-Loc 2 et les plaques PRD proximales Acu-Loc 2, qui sont conçues pour être placées 2 mm plus près que les plaques standard. Si une plaque plus longue est nécessaire, choisir la plaque PRD d'extension Acu-Loc 2 appropriée (70-0364, 70-0365, 70-0366) et l'assembler comme décrit ci-dessous. Les plaques PRD d'extension Acu-Loc 2 (70-0364, 70-0365, 70-0366) doivent être implantées à l'aide de vis hexagonales ou hexalobulaires de 3,5 mm (30-02XX ou CO-31XX).

Une fois la plaque de taille appropriée sélectionnée, fixer le guide de visée PRD Acu-Loc 2 correspondant (80-06XX ou 80-07XX) à l'aide du boulon de verrouillage pour guide de visée PRD Acu-Loc 2 (80-0682) ou du boulon de verrouillage long pour guide de visée (80-1071) en option (Figure 7). Visser le boulon de verrouillage canulé dans le trou de vis ulnaire proximal de 2,3 mm. La plaque doit être placée parallèlement au corps radial.

Pour la mise en place des vis styloïdiennes et distales à l'aide des repères brevetés des guides de visée, se reporter à la section Instruments de mise en place des plaques à la page 12.

Étapes de l'assemblage des plaques d'extension

Faire glisser la plaque d'extension Acu-Loc 2 souhaitée (70-0364, 70-0365, 70-0366) sur le corps de la plaque proximale Acu-Loc 2.

À l'aide d'un mandrin de tournevis hexagonal à libération rapide de 2,5 mm (HPC-0025) ou d'un mandrin de tournevis hexalobulaire Stick Fit T15 (80-0760), insérer et serrer la vis PRD de liaison d'extension hexagonale ou hexalobulaire Acu-Loc 2 (30-0XXX) dans le trou distal de la plaque d'extension, et la verrouiller dans les deux plaques.

L'assemblage peut se faire avant la mise en place de la plaque ou pendant l'intervention chirurgicale.

Avertissement : La vis hexalobulaire plate de 2,7 mm n'est pas conçue pour être utilisée avec la plaque d'extension Acu-Loc 2 (70-0364, 70-0365, 70-0366).

Technique chirurgicale palmaire pour radius distal (PRD) Acu-Loc 2 [suite]

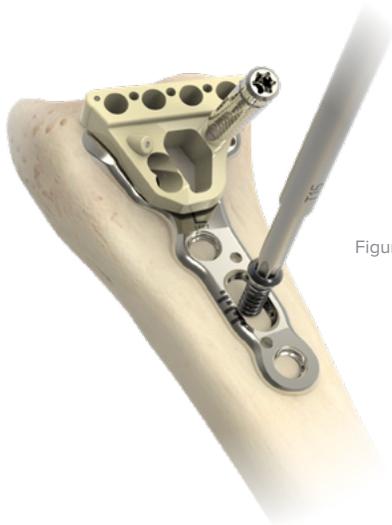


Figure 8

4 Mise en place des vis proximales

La première vis à placer est une vis hexagonale ou hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm (30-02XX ou CO-31XX) dans la fente de la plaque. À l'aide du foret à libération rapide de 2,8 mm (80-0387) et du guide de perçage fin de 2,0 mm/2,8 mm (PL-2118), percer la corticale profonde. Mesurer ensuite la profondeur de perçage avec la jauge de profondeur 6–65 mm (80-0623). Insérer une vis hexagonale ou hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm (Figure 8). Il peut être nécessaire de réduire la taille de la vis après la réduction de la plaque jusqu'à l'os.

Remarque : un taraud à os pour vis sans verrouillage de 3,5 mm (80-2126) peut être nécessaire si l'os cortical est dur.

En option : une vis hexalobulaire plate sans verrouillage de 2,7 mm (3041-230XX) peut être utilisée à la place de la vis de 3,5 mm à l'aide du foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318).

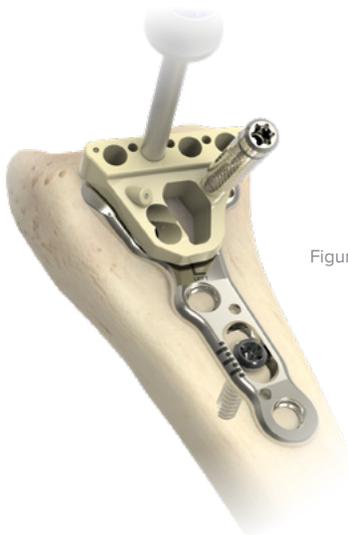


Figure 9

5 Trous de vis distaux

En utilisant les tiges de positionnement radio-opaques du guide de visée, la position de la plaque par rapport à la face articulaire radio-carpienne peut être réglée avec précision en faisant glisser la plaque dans le sens proximal ou distal, sous fluoroscopie. Si les tiges radio-opaques ne voient pas l'articulation, les broches de Kirschner distales et les vis de 2,3 mm ne le feront pas non plus. Pour mieux évaluer la position des vis distales de 2,3 mm par rapport à la face articulaire radio-carpienne, placer une broche de Kirschner 1,3716 mm (0,054 po) x 152,4 mm (6 po) (WS-1406ST) dans l'un des trous de la broche de Kirschner du guide de visée le plus proche de l'articulation et déterminer sa position sous fluoroscopie.

Lorsque la réduction et l'adaptation anatomique sont satisfaisantes, insérer le guide de perçage/la jauge de profondeur pour foret de 2,0 mm (MS-DG23) dans l'un des trous de vis distaux et percer à l'aide du foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318) (Figure 9). Mesurer la longueur des vis en utilisant le repère laser du foret ou la sonde pour radius distal (MS-DRPB) par rapport à l'échelle du guide de perçage.

Remarque : la vis doit être insérée dans le trou ulnaire proximal de 2,3 mm après la mise en place de toutes les autres vis distales de 2,3 mm. Le perçage peut se faire à travers le boulon de verrouillage du guide de visée PRD Acu-Loc 2 (80-0682). Pour mesurer la longueur des vis, retirer le boulon de verrouillage et utiliser le guide de perçage et la sonde de profondeur, ou la jauge de profondeur de vis de 2,3 mm 6–46 mm à bandes de couleur orange et bleu (80-1356).

Technique chirurgicale palmaire pour radius distal (PRD) Acu-Loc 2 [suite]

Figure 10

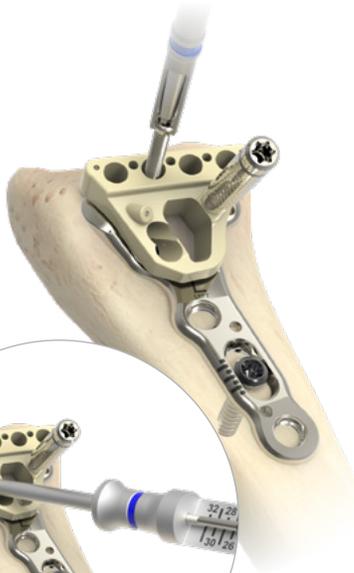
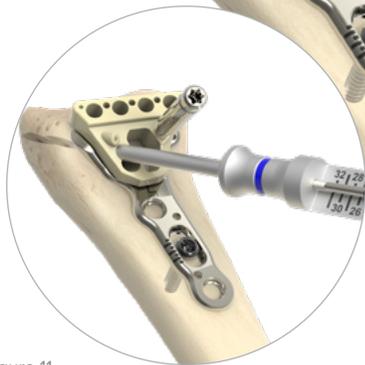


Figure 11



Options de vis distales : les quatre options pour vis de 2,3 mm pouvant être utilisées dans le sens distal sont les vis à corticale à verrouillage entièrement filetées (couleur or) (CO-T23XX), les chevilles à corticale de verrouillage (couleur bronze) (CO-S23XX), les vis à corticale sans verrouillage (couleur argent) (CO-N23XX) et la vis de compression Frag-Loc® (30-037X). Toutes les vis de 2,3 mm sont insérées à l'aide du tournevis hexagonal de 1,5 mm à rainure de verrouillage (80-0728), du préhenseur pour vis de 2,3 mm à languette de verrouillage (80-0727) et de la poignée de tournevis cruciforme de couleur argent (MS-2210).

Mise en garde : le tournevis limiteur de couple (TLC) de couleur orange ne peut être utilisé que pour l'insertion des vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm. Ne pas utiliser le TLC lors de l'insertion de vis à angle fixe, car le couple exercé peut accélérer l'usure des pointes de tournevis de 1,5 mm.

Vis à angle variable : les vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm (30-23XX) ne peuvent être utilisées qu'avec les plaques PRD proximales. Se reporter aux informations de référence sur les vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm à la page 8 et à la technique chirurgicale à la page 45.

Mise en place des vis styloïdiennes : Les vis styloïdiennes radiales sont conçues pour viser et soutenir spécifiquement la styloïde radiale. Insérer le guide de perçage dans l'un des trous styloïdiens situés dans la double fente du côté radial du guide de visée et poursuivre le même processus de mesure et de mise en place des vis pour les deux vis styloïdiennes (Figure 10).

Remarque : il est recommandé de remplir de vis l'ensemble de la rangée distale et les deux trous styloïdiens radiaux.

Remarque : un guide de perçage de verrouillage individuel de 2,0 mm 4–32 mm (80-0249) est disponible dans le système comme alternative pour le perçage des trous distaux. La longueur des vis peut être lue à l'aide de la sonde pour radius distal (MS-DRPB) ou de la jauge de profondeur de vis 6–46 mm (80-1356).

Technique chirurgicale palmaire pour radius distal (PRD) Acu-Loc 2 [suite]

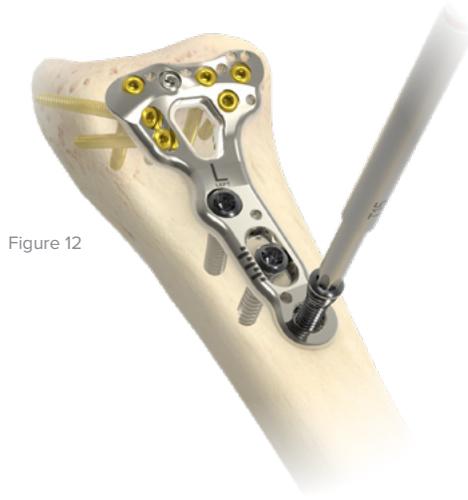


Figure 12



Figure 13



Figure 14

Figure 15

6 Mise en place des vis proximales

Insérer le guide de perçage à verrouillage fileté de 2,8 mm (80-0384 ou 80-0668) dans le trou de vis distal par rapport à la fente, percer avec le foret à libération rapide de 2,8 mm (80-0387), et mesurer avec la jauge de profondeur 6–65 mm (80-0623). Insérer la vis hexagonale ou hexalobulaire de verrouillage de 3,5 mm de longueur appropriée (30-023X ou COL-3XXX) (Figure 11). Veiller à ce que la vis ne sorte pas de l'os au niveau de la face dorsale. En procédant de la même manière, percer et mettre la dernière vis de verrouillage en place (Figure 12).

Remarque : des vis hexagonales ou hexalobulaires de verrouillage et sans verrouillage de 3,5 mm peuvent être utilisées dans les trous de verrouillage ronds proximaux. En fonction de la qualité osseuse du patient et à la discrétion du chirurgien, il peut être préférable d'utiliser des vis hexagonales ou hexalobulaires sans verrouillage de 3,5 mm dans les trous de verrouillage ronds.

Un taraud à os pour vis sans verrouillage de 3,5 mm (80-2126) peut être nécessaire si l'os cortical est dur.

En option : une vis hexalobulaire plate de verrouillage de 2,7 mm (3040-230XX) peut être utilisée à la place de la vis de 3,5 mm à l'aide du foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318) et du guide de perçage à verrouillage hexalobulaire de 2,0 mm (80-4029).

7 Fermeture et protocole postopératoire

Réaliser une évaluation radiographique complète, en vérifiant la réduction des fragments, ainsi que l'alignement et la mise en place des vis. Vérifier l'absence d'espace entre l'os et la plaque en vue latérale et que les vis distales n'ont pas pénétré dans l'articulation radio-carpienne (Figures 13 et 14). Refermer la plaie et soutenir le poignet en fonction de la qualité et de la stabilité de l'os.

Autoriser une utilisation fonctionnelle précoce de la main et commencer les exercices d'amplitude des mouvements des doigts et de rotation de l'avant-bras immédiatement après l'intervention chirurgicale.

La fermeture et le protocole postopératoire sont laissés à l'appréciation du chirurgien.

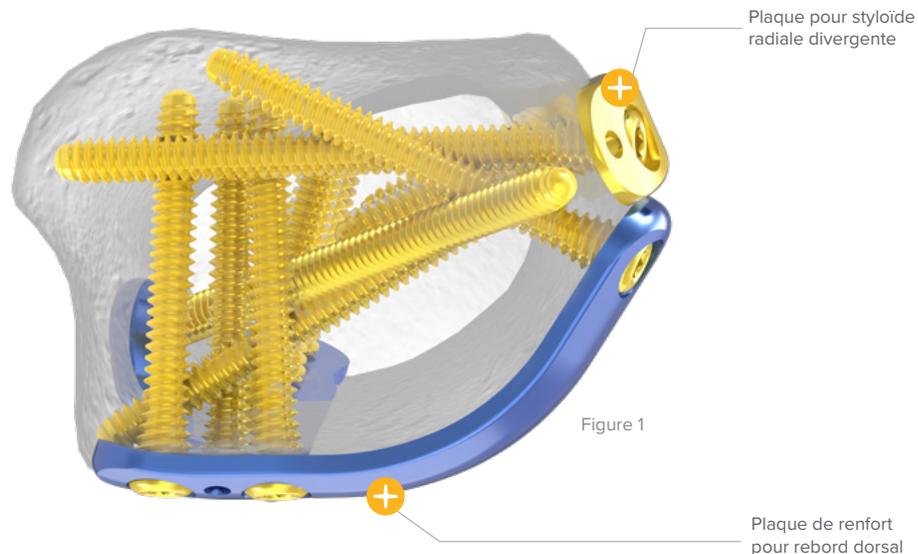
8 En option : Instructions relatives au retrait des implants

Pour extraire une plaque PRD Acu-Loc 2, utiliser le tournevis hexagonal de 2,5 mm (HPC-0025) ou le tournevis hexalobulaire Stick Fit T15 (80-0760) et la poignée de tournevis à cliquet moyen (80-0663) pour retirer toutes les vis de 3,5 mm de la plaque. Utiliser le mandrin de tournevis hexalobulaire Stick Fit T8 (80-0759) et la poignée de tournevis à cliquet moyen (80-0663) pour retirer toutes les vis de 2,7 mm. Pour les vis de 2,3 mm, utiliser le tournevis hexagonal de 1,5 mm à rainure de verrouillage (80-0728) avec la poignée de tournevis cruciforme (MS-2210).

En cas de résistance ou de risque de rupture, consulter la brochure relative au retrait des vis (SPF10-00) et les outils de retrait supplémentaires 80-0598 et 80-0600 ; Easyout à libération rapide.

Technique chirurgicale spécifique pour fragments du radius distal (SFRD)

William B. Geissler, MD



Technique générale

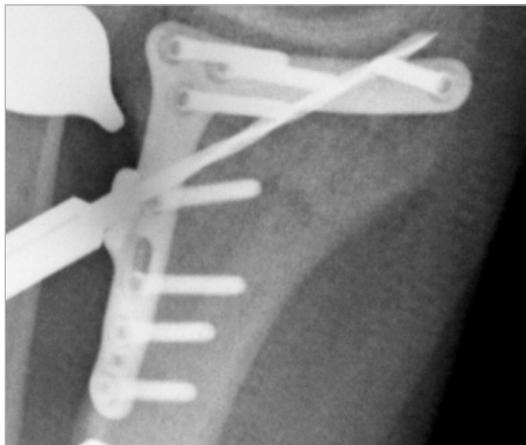
Une fois la plaque SFRD positionnée, une vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm (CO-N23XX) initiale est placée dans la fente de l'extrémité proximale de la plaque à l'aide d'un foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318) et d'un tournevis hexagonal de 1,5 mm avec rainure de verrouillage (80-0728). La longueur de la vis est déterminée pour la fente de la plaque à l'aide de la jauge de profondeur de vis de 2,3 mm 6–46 mm (80-1356). La position de la plaque est évaluée sous fluoroscopie.

Trois types de vis de 2,3 mm peuvent être utilisés dans n'importe quel trou de vis fileté des plaques SFRD (voir page 23 sous Options pour vis distale). La longueur des vis peut être mesurée en utilisant le repère laser sur le foret ou la sonde pour radius distal (MS-DRPB) par rapport à l'échelle du guide de perçage de verrouillage, ou la jauge de profondeur de vis de 2,3 mm.

En raison de l'approche à plusieurs plaques, les vis d'une plaque SFRD peuvent se heurter aux vis d'une autre plaque SFRD. Le cas échéant, utiliser la vis la plus longue possible.

Technique chirurgicale spécifique pour fragments du radius distal (SFRD) [suite]

Figure 2



Remarque :

1. Le taraud à os de 2,3 mm (80-0362) doit être utilisé sur les trous proximaux des plaques SFRD où l'os cortical est plus important, ce qui rend l'insertion des vis difficile et augmente leur risque de rupture. Ceci est particulièrement important chez les jeunes patients qui peuvent avoir une corticale plus épaisse dans cette partie du corps.
2. Le guide de perçage à verrouillage de 2,0 mm 4–32 mm (80-0249) issu du plateau de vis de 2,3 mm peut être utilisé pour tous les trous de verrouillage des plaques SAUF pour la vis styloïdienne dans le sens ulna-radius de la plaque de renfort pour rebord dorsal, qui peut nécessiter des vis de plus de 32 mm de longueur (voir Mise en place de la plaque de renfort pour rebord dorsal pour obtenir des informations sur le guide de perçage, page 28).

Figure 3



Technique chirurgicale pour plaque pour styloïde radiale

William B. Geissler, MD

Figure 1



1 Incision et dissection

La plaque pour styloïde radiale divergente (70-0331) peut être insérée au moyen de l'une des deux voies suivantes. La plaque peut être placée sur la face dorso-radiale de la styloïde radiale, en utilisant la voie dorsale standard.

La plaque peut également être insérée via une incision réalisée entre les premier et deuxième compartiments de l'extenseur.

Réaliser une dissection émoussée afin de protéger les branches terminales de la branche sensitive dorsale du nerf radial. Une fois la branche identifiée et protégée, ouvrir l'intervalle entre le premier et le deuxième compartiment et soulever les tendons (Figure 1).

Figure 2



2 Mise en place de la plaque

La plaque est conçue pour être placée sous les tendons du premier compartiment dorsal (Figure 2).

Remarque : Pour déterminer plus facilement les angles des vis, placer le guide de perçage à verrouillage de 2,0 mm 4–32 mm (80-0249) dans l'alignement de la bande laser à côté du trou (Figure 3).

Figure 3

Technique chirurgicale pour plaque de suture palmaire pour lunatum

William B. Geissler, MD



Figure 1

1 Incision et dissection

La plaque de suture palmaire pour lunatum (70-0334) peut être insérée par une voie palmaire standard du muscle fléchisseur radial du carpe (voir Technique chirurgicale PRD Acu-Loc 2 à la page 13) (Figure 1).

Il est également possible d'aborder l'angle ulno-palmaire du radius distal au moyen d'une incision réalisée entre les tendons fléchisseurs et le faisceau neuro-vasculaire ulnaire. Réaliser une incision dans l'alignement de l'annulaire, en commençant par le pli palmaire distal et en l'étendant dans le sens proximal. Disséquer jusqu'au niveau du fascia ouvert dans l'alignement de l'incision. Identifier le faisceau neuro-vasculaire ulnaire le long de la face ulnaire de la voie et le rétracter dans le sens ulnaire. Rétracter les tendons fléchisseurs dans le sens radial de façon à exposer l'angle ulno-palmaire.



Figure 2

2 Mise en place de la plaque

Aligner la plaque de suture palmaire pour lunatum sur le rebord médial du corps radial (Figures 2 et 3).

Si une suture est nécessaire pour traiter de petits fragments distaux, passer une suture par la capsule soutenant les petits fragments articulaires et par les trous de suture distaux de la plaque. Si nécessaire, une broche de Kirschner 1,3716 mm (0,054 po) x 152,4 mm (6 po) (WS-1406ST) peut être utilisée pour percer l'os afin de faire passer la suture par le fragment articulaire.



Figure 3

Technique chirurgicale pour plaque dorsale pour lunatum et pour plaque de renfort pour rebord dorsal

William B. Geissler, MD

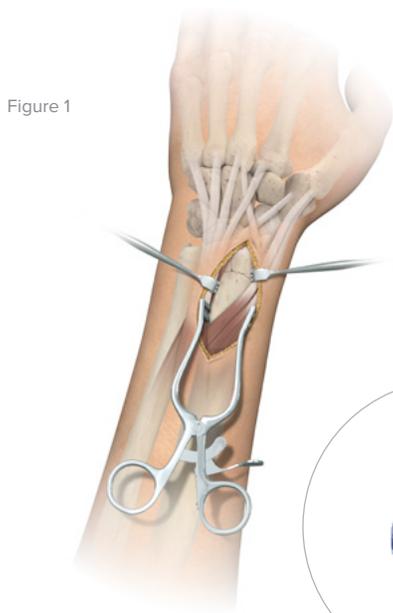


Figure 1



Figure 2

1 Incision et dissection

Réaliser une incision de 6 cm dans l'alignement du majeur, en commençant juste en dessous du tubercule de Lister et en s'étendant dans le sens proximal. Procéder à une dissection émoussée afin de protéger la branche sensitive dorsale du nerf radial. Identifier le tendon du muscle long extenseur du pouce distal dans la plaie et le libérer par le troisième compartiment dorsal. Le tendon peut être rétracté dans le sens radial ou ulnaire en fonction du type de fracture.

Soulever ensuite en sous-périosté les deuxième et quatrième compartiments dorsaux afin d'exposer le dos. Soulever le quatrième compartiment dorsal dans le sens ulnaire jusqu'au bord de l'articulation radio-ulnaire distale (Figure 1).

Une dissection supplémentaire est nécessaire en amont de l'articulation radio-ulnaire distale (ARUD) afin de mettre en place la vis styloïdienne dans le sens ulna-radius de la plaque de renfort pour rebord dorsal (70-0335 ou 70-0336) (Figure 2), qui s'étend de juste à côté de l'ARUD jusqu'à la styloïde radiale.

Soulever le deuxième compartiment dorsal dans le sens ulna-radius jusqu'au niveau du muscle brachio-radial.



Figure 3



Figure 4

2 Mise en place de la plaque de renfort pour rebord dorsal

S'il est déterminé que la longue vis styloïdienne ulna-radius est nécessaire, le guide de perçage à verrouillage de 2,0 mm 6-46 mm (80-0592) doit être vissé dans la plaque avant la mise en place de cette dernière sur l'os (Figure 3). Le trou pour la vis styloïdienne ulna-radius est situé sur la languette coudée de la plaque, à côté de la fente sur le corps de la plaque.

Positionner d'abord la plaque sur la face ulno-dorsale du radius. Le renfort de la plaque doit être parallèle à l'inclinaison du radius (Figure 4).

Technique chirurgicale pour plaque dorsale pour lunatum et pour plaque de renfort pour rebord dorsal [suite]



Figure 5

3 Technique mini-invasive

Il est également possible d'insérer la plaque dorsale pour lunatum (70-0337 ou 70-0338) (Figure 5) par une petite incision directement au-dessus du cinquième compartiment. Réaliser une incision dans l'alignement de l'annulaire, centrée sur le radius distal.

L'intervalle entre le quatrième et le cinquième compartiments dorsaux est ensuite soulevé afin d'exposer l'angle ulno-dorsal du radius.

Remarque : il faut garder à l'esprit que les trous distaux des plaques dorsales qui soutiennent la facette lunarienne ne sont pas perpendiculaires à la plaque, mais sont orientés vers l'angle ulno-palmaire du radius distal.

Technique chirurgicale pour plaque palmaire pour ulna dorsale (PUD) Acu-Loc

William B. Geissler, MD

Tableau de références de plaques PUD Acu-Loc

Bleu Spécifique gauche

Vert Spécifique droite



Figure 1

1 Incision et dissection

La plaque palmaire pour ulna distale (70-004X) a été conçue pour les fractures impliquant la tête et le col de l'ulna, ainsi que les fractures de l'ulna distale. Ces lésions sont généralement associées à des fractures du radius distal. Réaliser l'incision le long du bord ulno-distal de l'avant-bras entre le muscle fléchisseur ulnaire du carpe et le muscle extenseur ulnaire du carpe (Figure 1). Réaliser une dissection émoussée afin de protéger la branche sensitive dorsale du nerf ulnaire, qui peut être visible sur la partie distale palmaire de l'incision. Rétracter le muscle fléchisseur ulnaire du carpe dans le sens radial et disséquer le muscle carré pronateur de la face antéro-distale de l'ulna. Identifier le site de la fracture et éliminer les débris de la fracture, puis procéder à une réduction provisoire.

2 Fixation provisoire et mise en place de la plaque

Placer la plaque PUD sur la face palmaire de l'ulna distale afin que les quatre vis de verrouillage distales soient positionnées de manière à pénétrer dans la tête de l'ulna (Figure 2).

Mise en garde : il est essentiel de placer la plaque juste en amont de la petite échancrure sigmoïde de l'articulation radio-ulnaire distale. De cette manière, la plaque ne devrait pas empiéter sur la pronation et la supination de l'avant-bras.

Placer une broche de Kirschner 1,3716 mm (0,054 po) x 152,4 mm (6 po) (WS-1406ST) dans la partie proximale de la plaque. Placer une deuxième broche de Kirschner dans la partie distale de la plaque afin de maintenir provisoirement cette dernière sur l'os.

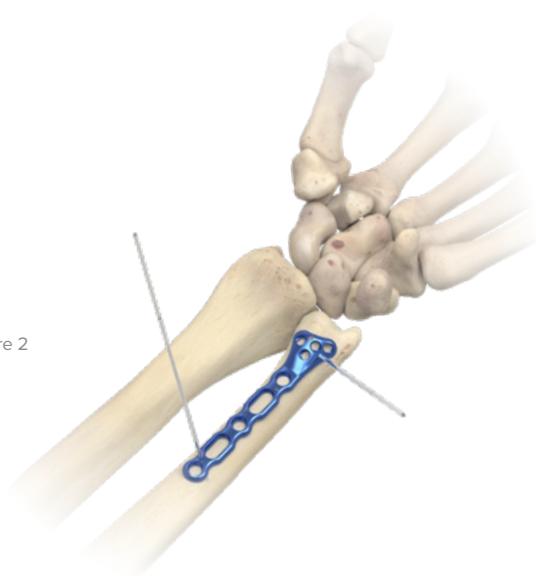


Figure 2

Technique chirurgicale pour plaque palmaire pour ulna dorsale (PUD) Acu-Loc [suite]

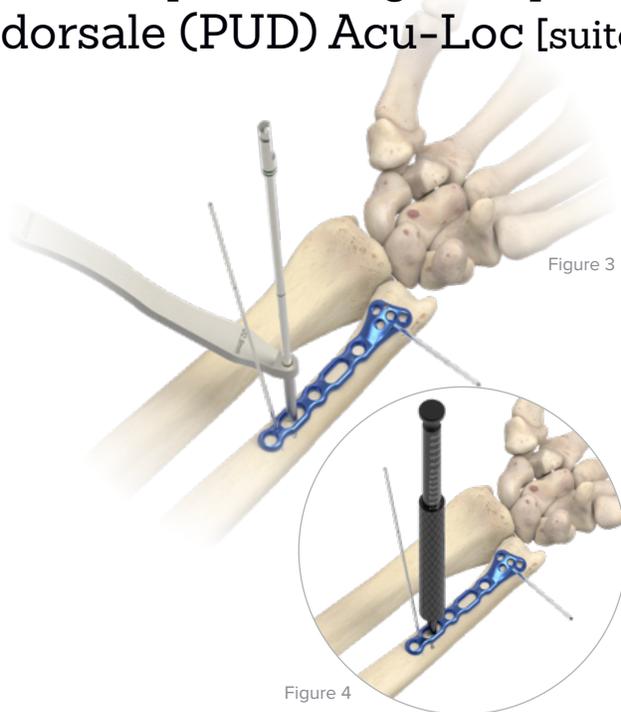


Figure 3

Figure 4

3 Mise en place des vis proximales sans verrouillage

Placer la première vis hexagonale ou hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm (30-02XX) au centre de la fente proximale de la plaque.

La position de la plaque par rapport à la surface articulaire peut ensuite être réglée avec précision en faisant glisser la plaque dans le sens proximal ou distal. À l'aide du foret à libération rapide de 2,8 mm (80-0387) et du guide de perçage fin de 2,0 mm/2,8 mm (PL-2118), percer la corticale profonde (Figure 3). La profondeur de perçage est mesurée avec la jauge de profondeur 6–65 mm (80-0623) (Figure 4). Insérer la vis hexagonale ou hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm appropriée, en veillant à ce qu'elle soit de la bonne longueur.

En option : une vis hexalobulaire plate sans verrouillage de 2,7 mm (3041-230XX) peut être utilisée à la place de la vis de 3,5 mm à l'aide du foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318).

4 Perçage des trous de vis distaux

Placer le guide de perçage à verrouillage de 2,0 mm 4–32 mm (80-0249) dans le trou ulnaire le plus distal de la plaque (Figure 5). Percer à l'aide du foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318), puis mesurer la longueur de la vis en utilisant le repère laser du foret ou la sonde pour radius distal (MS-DRPB) par rapport à l'échelle du guide de perçage (Figure 6).

Remarque : le guide de perçage à verrouillage peut également être fixé à la plaque sélectionnée sur la table avant l'insertion.

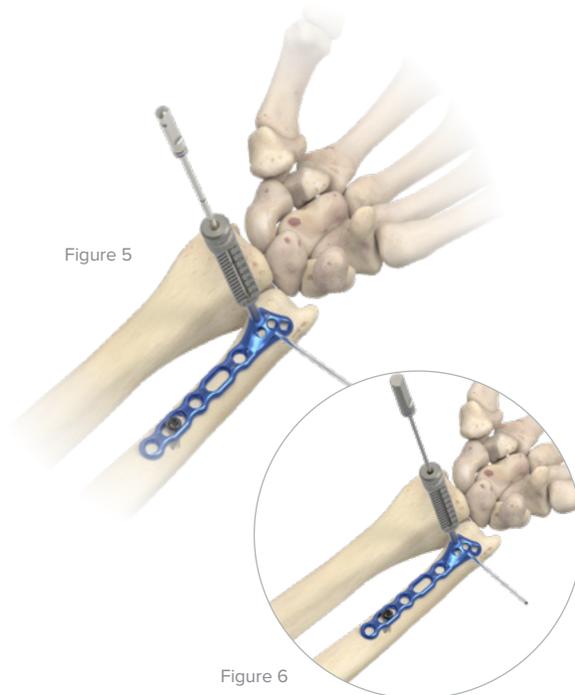
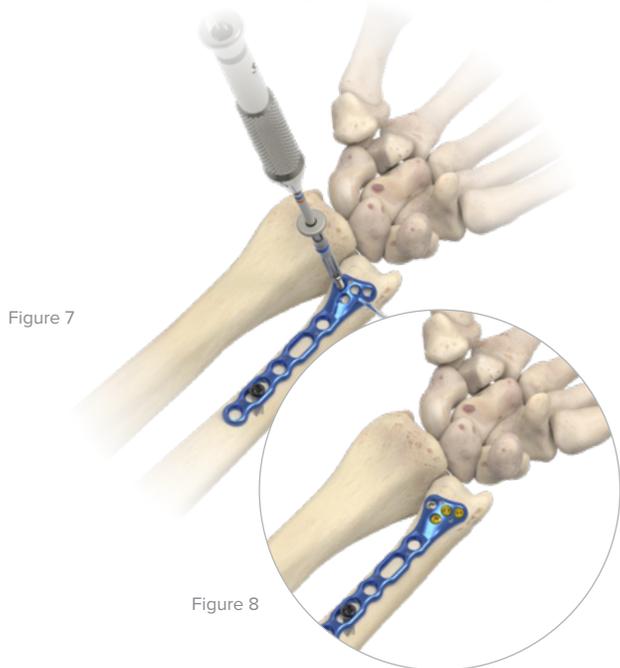


Figure 5

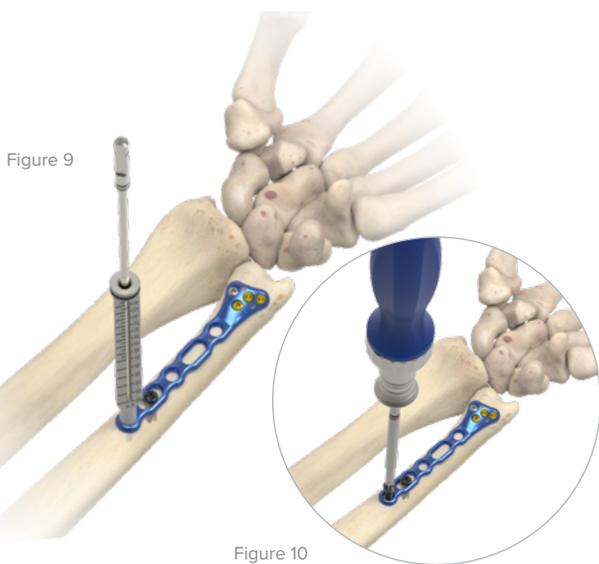
Figure 6

Technique chirurgicale pour plaque palmaire pour ulna dorsale (PUD) Acu-Loc [suite]



5 Mise en place des vis distales

Trois types de vis de 2,3 mm peuvent être utilisés dans n'importe lesquels des quatre trous distaux : Vis à corticale à verrouillage (couleur or) (CO-T23XX), chevilles à corticale à verrouillage (couleur bronze) (CO-S23XX) et vis à corticale sans verrouillage (couleur argent) (CO-N23XX). Toutes les vis de 2,3 mm sont insérées à l'aide du tournevis hexagonal de 1,5 mm à rainure de verrouillage (80-0728), du préhenseur pour vis de 2,3 mm à languette de verrouillage (80-0727) et de la poignée de tournevis cruciforme de couleur argent (MS-2210) (Figures 7 et 8).



6 Mise en place des vis proximales

Visser le guide de perçage à verrouillage de 2,8 mm 6–65 mm (80-0384) ou le guide de perçage hexalobulaire à verrouillage de 2,8 mm 6–65 mm (80-0668) dans le trou situé juste à côté du trou oblong du corps de la plaque. Percer avec le foret à libération rapide de 2,8 mm (80-0387) et mesurer avec la jauge de profondeur 6–65 mm (80-0623) (Figure 9). Insérer la vis hexagonale ou hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm de longueur appropriée (30-023X ou COL-3XXX) à l'aide du mandrin de tournevis hexagonal à libération rapide de 2,5 mm (HPC-0025) ou du mandrin de tournevis hexalobulaire Stick Fit T15 (80-0760), du manchon de tournevis de 3,5 mm (MS-SS35) et de la poignée de tournevis à cliquet moyen (80-0663) (Figure 10), en veillant à ce que la vis ne sorte pas de l'os au niveau de la face dorsale.

En procédant de la même manière, percer et mettre la dernière vis de verrouillage en place dans le trou de verrouillage restant. Retirer la broche de Kirschner proximale.

Remarque : des vis hexagonales ou hexalobulaires de verrouillage et sans verrouillage de 3,5 mm peuvent être utilisées dans les trous de verrouillage ronds proximaux.

En option : une vis hexalobulaire plate de verrouillage de 2,7 mm (3040-230XX) peut être utilisée à la place de la vis de 3,5 mm à l'aide du foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318) et du guide de perçage à verrouillage hexalobulaire de 2,0 mm (80-4029).

Technique chirurgicale pour plaque palmaire pour ulna dorsale (PUD) Acu-Loc [suite]



Figure 11

7 Fermeture et protocole postopératoire

Après une évaluation radiographique approfondie, vérifier l'alignement et la rotation, puis procéder à la fermeture (Figure 11). Commencer les exercices d'amplitude des mouvements des doigts et de rotation de l'avant-bras immédiatement après l'intervention chirurgicale. Autoriser une utilisation fonctionnelle précoce de la main pour les activités légères de la vie quotidienne (AVQ). Soutenir le poignet en fonction de la qualité et de la stabilité de l'os.

La fermeture et le protocole postopératoire sont laissés à l'appréciation du chirurgien.

8 En option : Instructions relatives au retrait des implants

Pour extraire une plaque palmaire pour ulna distale Acu-Loc, utiliser le tournevis hexagonal de 2,5 mm (HPC-0025) ou le tournevis hexalobulaire Stick Fit T15 (80-0760) et la poignée de tournevis à cliquet moyen (80-0663) pour retirer toutes les vis de 3,5 mm de la plaque. Utiliser le mandrin de tournevis hexalobulaire Stick Fit T8 (80-0759) et la poignée de tournevis à cliquet moyen (80-0663) pour retirer toutes les vis de 2,7 mm. Pour les vis de 2,3 mm, utiliser le tournevis hexagonal de 1,5 mm à rainure de verrouillage (80-0728) avec la poignée de tournevis cruciforme (MS-2210).

En cas de résistance ou de risque de rupture, consulter la brochure relative au retrait des vis (SPF10-00) et les outils de retrait supplémentaires 80-0598 et 80-0600 ; Easyout à libération rapide.

Technique chirurgicale pour plaque dorsale Acu-Loc

William B. Geissler, MD

Tableau de références de plaques dorsales Acu-Loc

Bleu	Spécifique gauche
Vert	Spécifique droite

Figure 1



Figure 2

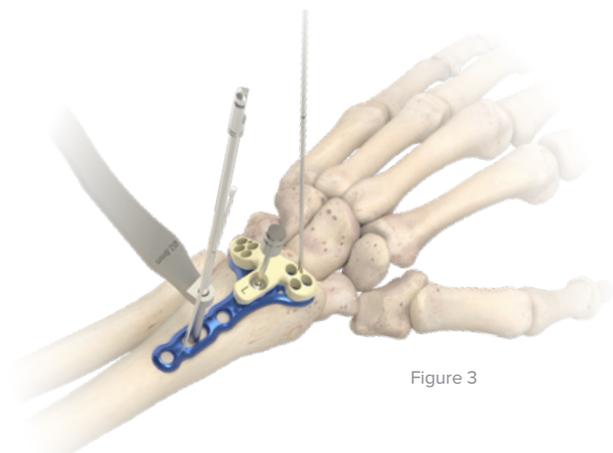
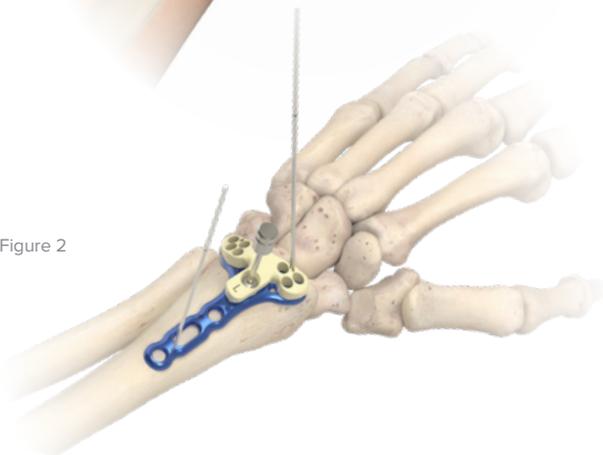


Figure 3

1 Incision et dissection

Réaliser l'incision de la voie dorsale dans l'alignement du tubercule de Lister et du bord radial du doigt long (Figure 1). Réaliser une dissection émoussée afin de protéger les branches du nerf cutané dorsal. Identifier en aval le tendon du muscle long extenseur du pouce dans la plaie et le libérer par le troisième compartiment dorsal. Soulever ensuite les deuxième et quatrième compartiments en sous-périoste. Faire preuve de prudence lorsque les deuxième et quatrième compartiments dorsaux sont soulevés, car des fragments osseux peuvent avoir adhéré à leur surface inférieure.

Une neurectomie du nerf interosseux postérieur peut alors être réalisée à la discrétion du chirurgien. Identifier le nerf interosseux postérieur sur la face radiale du quatrième compartiment lorsqu'il est soulevé. Une neurectomie est recommandée sur la face proximale de l'incision afin de réduire la douleur du névrome.

2 Mise en place de la plaque et fixation provisoire

Réduire anatomiquement la fracture par traction et translation palmaire. La plaque dorsale Acu-Loc (70-005X) peut être utilisée comme renfort pour aider à pousser et à réduire par voie palmaire les fragments de fracture déplacés dans le sens dorsal. La réduction de la fracture et le positionnement correct de la plaque sont vérifiés sous fluoroscopie et la plaque est provisoirement stabilisée avec des broches de Kirschner. Placer le corps proximal de la plaque dans le sens radial par rapport à la position la plus convexe du corps radial. Le guide de visée dorsale Acu-Loc 2 (80-015X) droit ou gauche approprié peut être fixé à la plaque appropriée à l'aide du guide de visée radiotransparent Acu-Loc (80-0038) sur la table avant l'insertion, puis placé sur l'os (Figure 2).

3 Mise en place des vis proximales sans verrouillage

Placer la première vis hexagonale ou hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm (30-02XX ou CO-31XX) au centre de la fente proximale de la plaque. La position de la plaque par rapport à la surface articulaire peut ensuite être réglée avec précision en faisant glisser la plaque dans le sens proximal ou distal sous fluoroscopie. À l'aide du foret à libération rapide de 2,8 mm (80-0387) et du guide de perçage fin de 2,0 mm/2,8 mm (PL-2118), percer la corticale profonde (Figure 3). Mesurer la profondeur de perçage avec la jauge de profondeur 6–65 mm (80-0623). Insérer la vis hexagonale ou hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm appropriée, en veillant à ce qu'elle soit de la bonne longueur. La vis réduit la plaque jusqu'à l'os et la longueur de la vis doit être évaluée sous fluoroscopie après l'insertion des vis restantes. Il peut être nécessaire de réduire la taille de la vis après la réduction de la plaque jusqu'à l'os.

En option : une vis hexalobulaire plate sans verrouillage de 2,7 mm (3041-230XX) peut être utilisée à la place de la vis de 3,5 mm à l'aide du foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318).

Technique chirurgicale pour plaque dorsale Acu-Loc [suite]

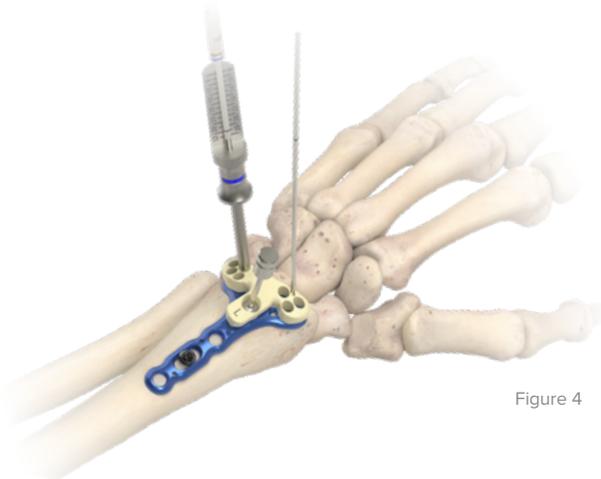


Figure 4

4 Perçage des trous de vis distaux

Pour évaluer la position des vis distales par rapport à la surface articulaire et au dos du radius, une broche de Kirschner 1,3716 mm (0,054 po) x 152,4 mm (6 po) (WS-1406ST) peut être placée dans les trous de broche de Kirschner distaux du guide de visée et de la plaque. La réduction de la fracture, la position de la plaque et l'emplacement de la broche de Kirschner par rapport à l'articulation sont évalués sous fluoroscopie. Si les broches de Kirschner distales ne pénètrent pas dans l'articulation, les vis distales de 2,3 mm ne le feront pas non plus. Veiller à ne pas incliner les broches de Kirschner distales.

Sélectionner l'un des quatre trous de vis distaux les plus proches de l'articulation à percer en premier. Insérer le guide de perçage/la jauge de profondeur pour foret de 2,0 mm (MS-DG23) dans le trou sélectionné, suivi du foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318) (Figure 4). Mesurer la profondeur de la vis à l'aide du repère laser sur le corps du foret et de l'échelle sur le guide de perçage. Il est également possible d'utiliser la sonde pour radius distal (MS-DRPB) en accrochant la corticale profonde et en procédant à la mesure à l'aide du repère laser de la sonde.

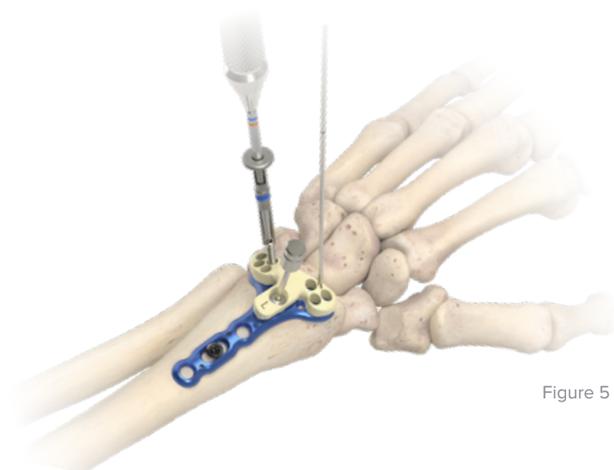


Figure 5

5 Mise en place des vis distales

Les trois types de vis de 2,3 mm pouvant être utilisées dans n'importe lesquels des huit trous distaux sont les vis à corticale de verrouillage (couleur or) (CO-T23XX), les chevilles à corticale de verrouillage (couleur bronze) (CO-S23XX) et les vis à corticale sans verrouillage (couleur argent) (CO-N23XX). Insérer toutes les vis de 2,3 mm à l'aide du tournevis hexagonal de 1,5 mm à rainure de verrouillage (80-0728), du préhenseur pour vis de 2,3 mm à languette de verrouillage (80-0727) et de la poignée de tournevis cruciforme de couleur argent (MS-2210) (Figures 5 et 6).

Remarque : un guide de perçage de verrouillage de 2,0 mm 4–32 mm (80-0249) est disponible dans le système comme alternative pour le perçage des trous distaux. La longueur des vis peut être lue à l'aide de la sonde pour radius distal (MS-DRPB) ou de la jauge de profondeur de vis de 2,3 mm 6–46 mm (80-1356).

Technique chirurgicale pour plaque dorsale Acu-Loc [suite]

Figure 6



Figure 7

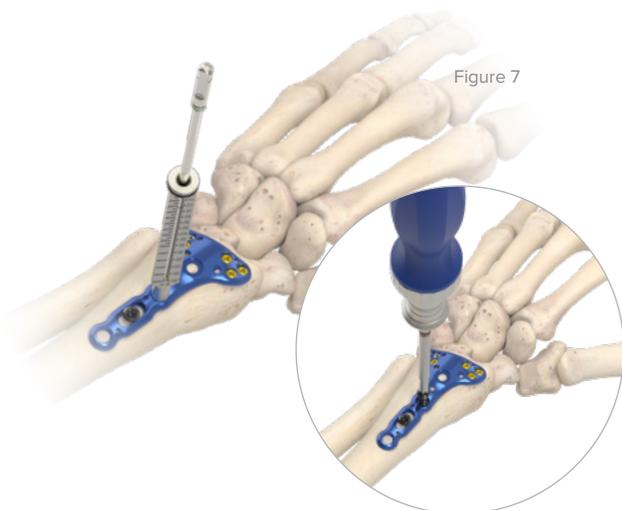


Figure 8



Figure 9

6 Mise en place des vis proximales

Dans le second trou de verrouillage proximal, visser le guide de perçage à verrouillage de 2,8 mm (80-0384) ou le guide de perçage hexalobulaire à verrouillage de 2,8 mm (80-0668). Percer avec le foret à libération rapide de 2,8 mm (80-0387) et mesurer avec la jauge de profondeur 6–65 mm (80-0623) (Figure 7). Insérer la vis hexagonale ou hexalobulaire de verrouillage de 3,5 mm de longueur appropriée (30-023X ou COL-3XXX) à l'aide du mandrin de tournevis hexagonal à libération rapide de 2,5 mm (HPC-0025) ou du mandrin de tournevis hexalobulaire Stick Fit T15 (80-0760), du manchon de tournevis de 3,5 mm (MS-SS35) et de la poignée de tournevis à cliquet moyen (80-0663) (Figure 8). Placer la dernière vis de verrouillage en procédant de la même manière.

Remarque : des vis hexagonales ou hexalobulaires de verrouillage et sans verrouillage de 3,5 mm peuvent être utilisées dans les trous de verrouillage ronds proximaux.

En option : une vis hexalobulaire plate de verrouillage de 2,7 mm (3040-230XX) peut être utilisée à la place de la vis de 3,5 mm à l'aide du foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318) et du guide de perçage à verrouillage hexalobulaire de 2,0 mm (80-4029).

7 Fermeture et protocole postopératoire

Après une évaluation radiographique approfondie, la plaie est refermée en plusieurs couches (Figure 9). Les retinacula des deuxième et quatrième compartiments dorsaux sont réparés. À la discrétion du chirurgien, le retinaculum du troisième compartiment dorsal peut être réparé ou le tendon du muscle long extenseur du pouce peut être laissé en dehors de son compartiment. Des exercices d'amplitude des mouvements des doigts sont commencés immédiatement après l'intervention chirurgicale. La rotation de l'avant-bras et l'amplitude des mouvements du poignet progressent à la discrétion du chirurgien en fonction de la qualité de l'os, de la stabilité de la fracture et des lésions des tissus mous associés.

La fermeture et le protocole postopératoire sont laissés à l'appréciation du chirurgien.

8 En option : Instructions relatives au retrait des implants

Pour extraire une plaque dorsale Acu-Loc, utiliser le mandrin de tournevis hexagonal à libération rapide de 2,5 mm (HPC-0025) ou le mandrin de tournevis hexalobulaire Stick Fit T15 (80-0760) et la poignée de tournevis à cliquet moyen (80-0663) pour retirer toutes les vis de 3,5 mm de la plaque. Utiliser le mandrin de tournevis hexalobulaire Stick Fit T8 (80-0759) et la poignée de tournevis à cliquet moyen (80-0663) pour retirer toutes les vis de 2,7 mm. Pour les vis de 2,3 mm, utiliser le tournevis hexagonal de 1,5 mm, la rainure de verrouillage (80-0728) avec la poignée de tournevis cruciforme (MS-2210).

Consulter la brochure relative au retrait des vis (SPF10-00) peut faciliter l'extraction de l'implant en cas de difficulté.

Technique chirurgicale pour plaque extra-articulaire (EX) Acu-Loc

William B. Geissler, MD



Figure 1

1 Incision et dissection

Allonger l'avant-bras du patient, paume vers le haut, de façon à exposer le site chirurgical. Afin d'optimiser l'exposition, placer une serviette sous le poignet, le mettant en extension. Réaliser une incision longitudinale d'environ 6 cm de long dans le sens radial par rapport au tendon du muscle fléchisseur radial du carpe (FRC) afin de ne pas blesser la branche cutanée palmaire du nerf médian (Figure 1).

Ouvrir la gaine du tendon et rétracter dans le sens radial le tendon afin de protéger l'artère radiale. Identifier le muscle long fléchisseur du pouce par une flexion/extension passive de l'articulation interphalangienne du pouce et le rétracter dans le sens ulnaire de façon à protéger le nerf médian. Identifier ensuite le muscle carré pronateur par ses fibres transversales et relâcher dans le sens radial à ulnaire de façon à exposer le site de la fracture.

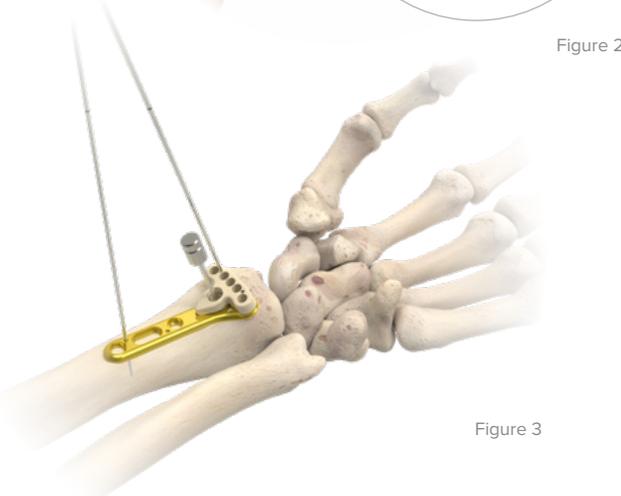


Figure 2

2 Fixation provisoire et mise en place de la plaque

Réduire la fracture et l'évaluer sous fluoroscopie. Il peut être nécessaire de libérer le muscle brachio-radial de son insertion sur la styloïde radiale afin de faciliter la réduction et la visualisation.

Placer la plaque EX Acu-Loc standard ou étroite (70-006X) le long de la partie métaphysaire plate du radius distal (Figure 2). Le guide de visée EX Acu-Loc approprié (80-0166 ou 80-0274) peut être fixé à la plaque sélectionnée à l'aide du guide de visée radiotransparent Acu-Loc à vis de verrouillage (80-0038). Cette opération peut être effectuée sur la table avant l'insertion. Fixer la position de la plaque dans le sens proximal et dans le sens distal à l'aide d'une broche de Kirschner 1,3716 mm (0,054 po) x 152,4 mm (6 po) (WS-1406ST). Si le guide n'est pas déjà fixé à la plaque, faire glisser le guide sur la broche de Kirschner distale et le mettre en place (Figure 3).

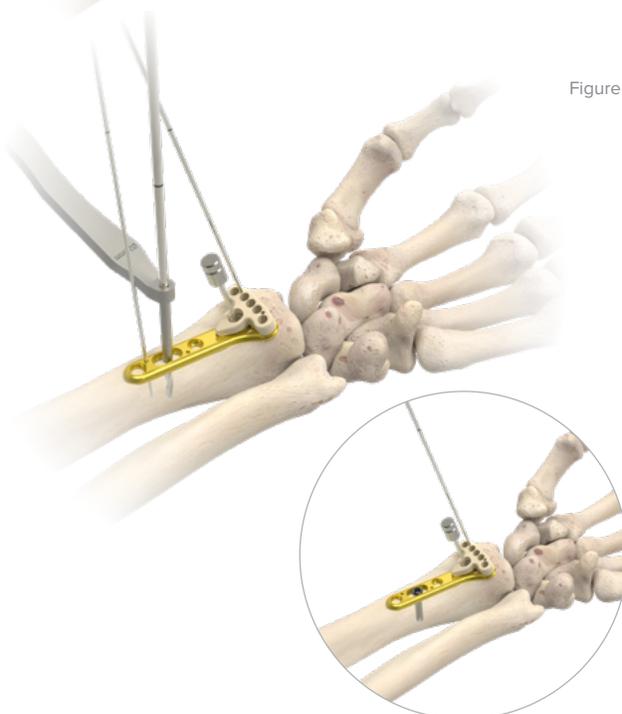


Figure 3

3 Mise en place des vis proximales sans verrouillage

Placer la première vis hexagonale ou hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm (30-02XX) au centre de la fente proximale de la plaque.

La position de la plaque par rapport à la surface articulaire peut ensuite être réglée avec précision en faisant glisser la plaque dans le sens proximal ou distal sous fluoroscopie. À l'aide du foret à libération rapide de 2,8 mm (80-0387) et du guide de perçage fin de 2,0 mm/2,8 mm (PL-2118), percer la corticale profonde (Figure 4). Mesurer la profondeur de perçage avec la jauge de profondeur 6–65 mm (80-0623). Insérer la vis hexagonale ou hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm appropriée, en veillant à ce qu'elle soit de la bonne longueur. La vis réduit la plaque jusqu'à l'os et la longueur de la vis doit être évaluée sous fluoroscopie après l'insertion des vis restantes. Il peut être nécessaire de réduire la taille de la vis après la réduction de la plaque jusqu'à l'os.

En option : une vis hexalobulaire plate sans verrouillage de 2,7 mm (3041-230XX) peut être utilisée à la place de la vis de 3,5 mm à l'aide du foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318).

Figure 5

Technique chirurgicale pour plaque extra-articulaire (EX) Acu-Loc [suite]

Figure 6



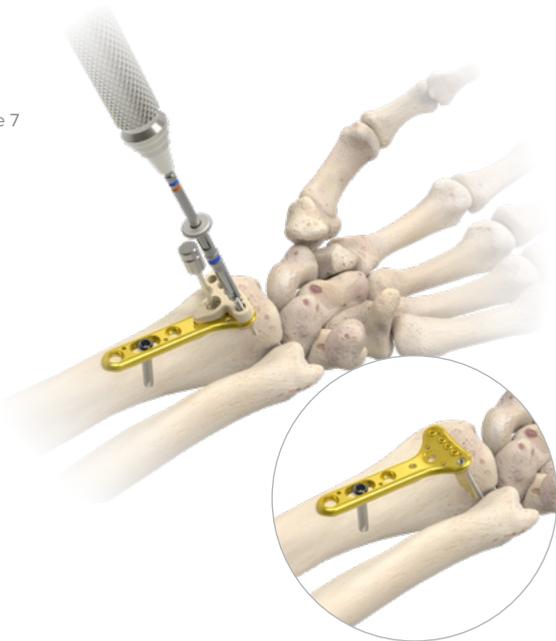
4 Perçage des trous de vis distaux

Pour évaluer la position des vis de verrouillage distales par rapport à la surface articulaire et au dos du radius, une broche de Kirschner 1,3716 mm (0,054 po) x 152,4 mm (6 po) (WS-1406ST) peut être placée dans les trous de broche de Kirschner distaux du guide de visé et de la plaque (Figure 5). Sous fluoroscopie, évaluer la réduction de la fracture, la position de la plaque et l'emplacement de la broche de Kirschner par rapport à l'articulation.

Si les broches de Kirschner distales ne pénètrent pas dans l'articulation, les vis distales de 2,3 mm ne le feront pas non plus. Insérer le guide de perçage/la jauge de profondeur du foret de 2,0 mm (MS-DG23) dans l'un des cinq trous distaux, suivi du foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318) (Figure 6). Mesurer la profondeur de la vis à l'aide du repère laser sur le corps du foret et de l'échelle sur le guide de perçage. Il est également possible d'utiliser la sonde pour radius distal (MS-DRPB) en accrochant la corticale profonde et en procédant à la mesure à l'aide du repère laser de la sonde.

Remarque : Se reporter aux informations de référence sur les vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm à la page 8 et à la technique chirurgicale à la page 37.

Figure 7



5 Mise en place des vis distales

Les trois types de vis de 2,3 mm pouvant être utilisées dans n'importe lesquels des cinq trous distaux sont les vis à corticale à verrouillage (couleur or) (CO-T23XX), les chevilles à corticale à verrouillage (couleur bronze) (CO-S23XX) et les vis à corticale sans verrouillage (couleur argent) (CO-N23XX). Insérer toutes les vis de 2,3 mm à l'aide du tournevis hexagonal de 1,5 mm à rainure de verrouillage (80-0728), du préhenseur pour vis de 2,3 mm à languette de verrouillage (80-0727) et de la poignée de tournevis cruciforme de couleur argent (MS-2210) (Figures 7 et 8).

Vis à angle variable : les vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm (30-23XX) peuvent être utilisées avec les plaques EX Acu-Loc. Se reporter aux informations de référence sur les vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm à la page 8 et à la technique chirurgicale à la page 37.

Remarque : un guide de perçage de verrouillage individuel de 2,0 mm 4–32 mm (80-0249) est disponible dans le système comme alternative pour le perçage des trous distaux. La longueur des vis peut être lue à l'aide de la sonde pour radius distal (MS-DRPB) ou de la jauge de profondeur de vis de 2,3 mm 6–46 mm (80-1356).

Figure 8

Technique chirurgicale pour plaque extra-articulaire (EX) Acu-Loc [suite]

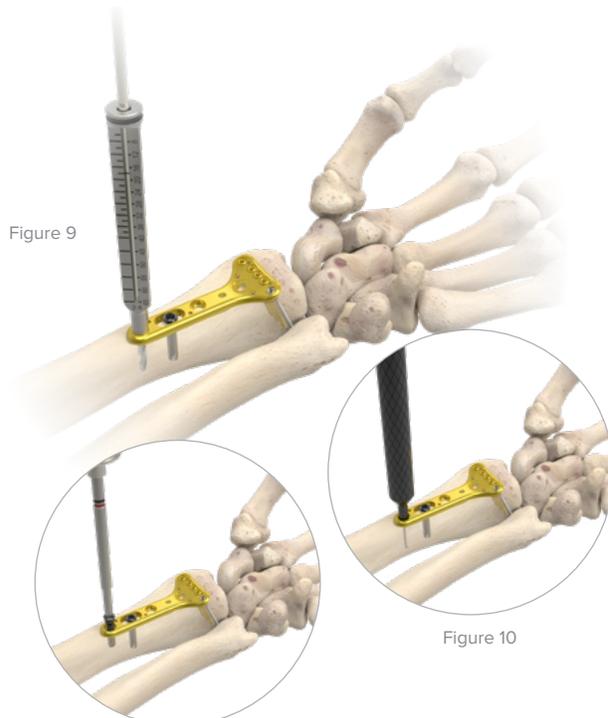


Figure 9

Figure 10

Figure 11

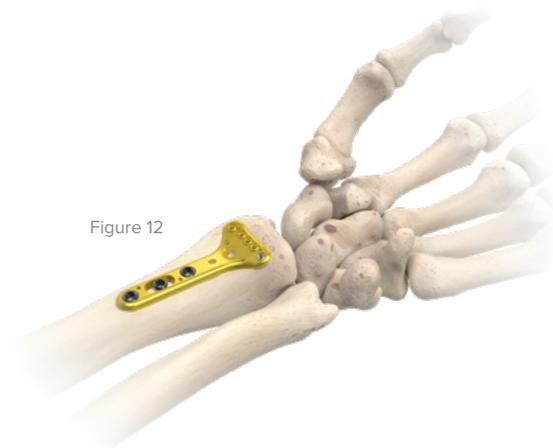


Figure 12

6 Mise en place des vis proximales

Sélectionner l'un des deux trous proximaux restants et insérer le guide de perçage fileté à verrouillage de 2,8 mm ou le guide de perçage hexalobulaire à verrouillage (80-0384 ou 80-0668). Percer avec le foret à libération rapide de 2,8 mm (80-0387) et mesurer avec la jauge de profondeur. Insérer la vis hexagonale ou hexalobulaire de verrouillage de 3,5 mm de longueur appropriée (30-023X ou COL-3XXX) à l'aide du mandrin de tournevis hexagonal à libération rapide de 2,5 mm (HPC-0025) ou du mandrin de tournevis hexalobulaire Stick Fit T15 (80-0760), du manchon de tournevis de 3,5 mm (MS-SS35) et de la poignée de tournevis à cliquet moyen (80-0663).

En procédant de la même manière, percer et mettre la dernière vis de verrouillage en place (Figure 11).

Remarque : des vis hexagonales ou hexalobulaires de verrouillage et sans verrouillage de 3,5 mm peuvent être utilisées dans les trous de verrouillage ronds proximaux.

En option : une vis hexalobulaire plate de verrouillage de 2,7 mm (3040-230XX) peut être utilisée à la place de la vis de 3,5 mm à l'aide du foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318) et du guide de perçage à verrouillage hexalobulaire de 2,0 mm (80-4029).

Mise en garde : Veiller à ce que la vis ne sorte pas de l'os au niveau de la face dorsale.

7 Fermeture et protocole postopératoire

Après une évaluation radiographique approfondie, vérifier l'alignement et la rotation, puis procéder à la fermeture (Figure 12). Commencer les exercices d'amplitude des mouvements des doigts et de rotation de l'avant-bras immédiatement après l'intervention chirurgicale. Autoriser une utilisation fonctionnelle précoce de la main pour les activités légères de la vie quotidienne (AVQ). Soutenir le poignet en fonction de la qualité et de la stabilité de l'os.

La fermeture et le protocole postopératoire sont laissés à l'appréciation du chirurgien.

8 En option : Instructions relatives au retrait des implants

Pour extraire une plaque EX Acu-Loc, utiliser le mandrin de tournevis hexagonal de 2,5 mm (HPC-0025) ou le mandrin de tournevis hexalobulaire Stick Fit T15 (80-0760) et la poignée de tournevis à cliquet moyen (80-0663) pour retirer toutes les vis de 3,5 mm de la plaque. Utiliser le mandrin de tournevis hexalobulaire Stick Fit T8 (80-0759) et la poignée de tournevis à cliquet moyen (80-0663) pour retirer toutes les vis de 2,7 mm. Pour les vis de 2,3 mm, utiliser le tournevis hexagonal de 1,5 mm, la rainure de verrouillage (80-0728) avec la poignée de tournevis cruciforme (MS-2210).

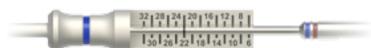
En cas de résistance ou de risque de rupture, consulter la brochure relative au retrait des vis (SPF10-00) et les outils de retrait supplémentaires 80-0598 et 80-0600 ; Easyout à libération rapide.

Technique chirurgicale pour vis de compression Frag-Loc®

Figure 1



Figure 2



1 Perçage bicortical

Avec le guide de visée fixé, procéder à un perçage bicortical, en utilisant le foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318) à travers le guide de perçage à verrouillage de 2,0 mm 4–32 mm (80-0249) ou le guide de perçage/la jauge de profondeur pour le foret de 2,0 mm (MS-DG23) (Figures 1 et 2).

2 Mesure pour déterminer le type de vis

Mesurer la longueur des vis à l'aide de la sonde pour radius distal (MS-DRPB) (Figure 3).

Directives relatives à la sonde :

16–24 mm : utilisation acceptable avec le manchon de compression Frag-Loc (30-0370) et la vis de compression Frag-Loc (30-0371).

20–28 mm : utilisation acceptable avec le manchon de compression Frag-Loc (30-0370) et la vis de compression Frag-Loc (30-0372).

Mise en garde :

- ▶ Ne pas utiliser la vis de compression Frag-Loc en dehors de la plage 16–24 mm.
- ▶ Ne pas utiliser la vis de compression Frag-Loc longue en dehors de la plage 20–28 mm.

Figure 3

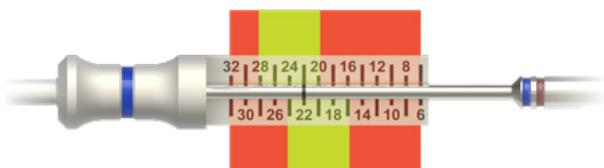


Figure 4



3 Perçage unicortical

Perçer à l'aide du foret Frag-Loc de 2,5 mm (80-0724) et du guide de perçage Frag-Loc de 2,5 mm (80-0730) (Figure 4). L'épaulement du foret doit s'arrêter contre la partie supérieure du guide de perçage.

Technique chirurgicale pour vis de compression Frag-Loc® [suite]



Figure 5



Figure 6

4 Insertion du manchon Frag-Loc

Insérer le manchon de compression Frag-Loc (30-0370) dans la plaque à l'aide de la poignée de tournevis cruciforme de couleur argent (MS-2210) avec le mandrin de tournevis hexagonal de 1,5 mm à rainure de verrouillage (80-0728) (Figures 5 et 6).



Figure 7

5 Insertion de la broche de Kirschner

Insérer la broche de Kirschner 0,0889 mm (0,035 po) x 146,05 mm (5,75 po) (WS-0906ST) dans le manchon de compression Frag-Loc et la peau dorsale (Figure 7).

Technique chirurgicale pour vis de compression Frag-Loc® [suite]

Figure 8

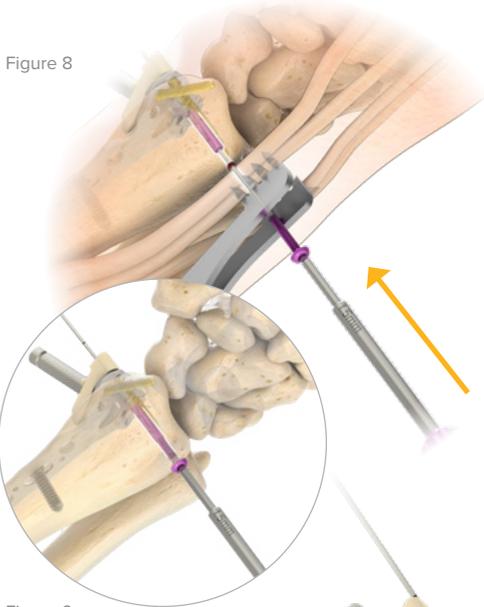


Figure 9

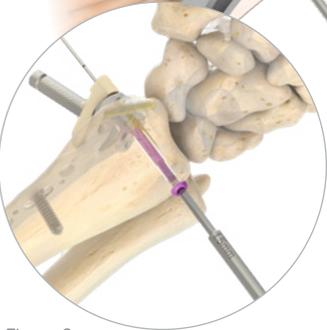


Figure 10

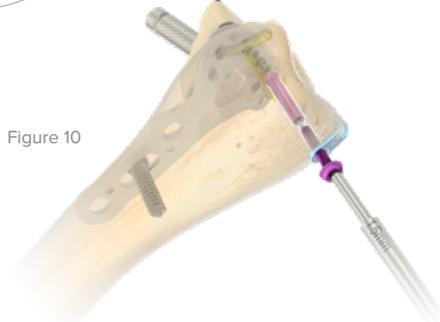


Figure 11

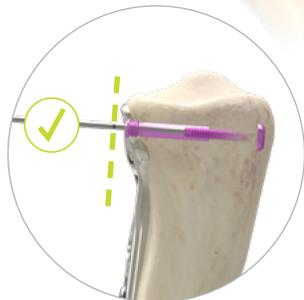


Figure 12

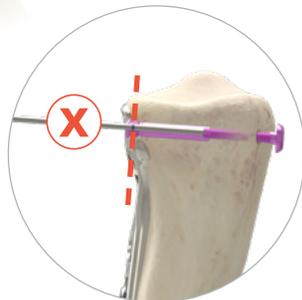


Figure 13

6 Insertion de la broche Frag-Loc

Réaliser une petite incision au niveau de la face dorsale au-dessus de la broche de Kirschner et utiliser l'écarteur Heiss (80-0756) pour dégager les tissus mous et les tendons.

Enfoncer la vis de compression Frag-Loc (30-0371) ou la vis de compression Frag-Loc longue (30-0372) sur la broche de Kirschner 0,0889 mm (0,035 po) x 146,05 mm (5,75 po) (WS-0906ST) à l'aide du tournevis canulé Frag-Loc de 1,5 mm (80-0758) (Figure 8).

Serrer la vis de compression Frag-Loc dans le manchon de compression Frag-Loc (30-0370) jusqu'à obtenir la compression souhaitée (Figure 9).

S'assurer que la tête de la vis de compression Frag-Loc est complètement enfoncée dans l'os et que les tendons sont dégagés de la tête de la vis.

En option : En cas d'utilisation de la plaque à crochets d'arrachement (7005-08001-S) avec Frag-Loc pour renforcer un fragment de rebord dorsal, faire glisser la vis de compression Frag-Loc appropriée dans le trou de vis de la plaque à crochets avant l'implantation. Enfoncer la vis de compression Frag-Loc avec la plaque à crochets fixée sous la tête de la vis jusqu'à obtenir la compression souhaitée et que le fragment dorsal soit adéquatement renforcé.

Si nécessaire, insérer une broche de Kirschner supplémentaire 0,0889 mm (0,035 po) x 146,05 mm (5,75 po) (WS-0906ST) dans le trou pour broche de Kirschner de la plaque à crochets ou une broche de Kirschner 1,3716 mm (0,054 po) x 152,4 mm (6 po) (WS-1406ST) dans les dents de la plaque à crochets pour stabiliser le fragment et la plaque lors du serrage de la vis de compression Frag-Loc. Il est également possible d'utiliser un petit poinçon à os pour placer les dents de la plaque à crochets avant le serrage final de la vis de compression Frag-Loc.

7 Confirmation finale

Retirer le guide de visée.

Vérifier l'engagement du filetage Frag-Loc à l'aide de la jauge de profondeur Frag-Loc (80-0726). La jauge de profondeur permet de s'assurer que le nombre minimal de filets est engagé dans le manchon de compression Frag-Loc (30-0370) (Figure 10).

Remarque : une bande laser visible sur la jauge de profondeur garantit un engagement acceptable des filets Frag-Loc (Figure 11).

Si la bande laser de la jauge de profondeur n'est pas visible, serrer la vis de compression Frag-Loc d'un tour et vérifier à nouveau (Figure 12). Répéter l'opération jusqu'à ce que la bande laser soit visible.

8 En option : Instructions relatives au retrait des implants

Pour extraire la vis de compression Frag-Loc, utiliser le mandrin de tournevis hexagonal de 1,5 mm à rainure de verrouillage (80-0728) avec la poignée de tournevis cruciforme (MS-2210).

En cas de résistance ou de risque de rupture, consulter la brochure relative au retrait des vis (SPF10-00) et les outils de retrait supplémentaires 80-0598 et 80-0600 ; Easyout à libération rapide.

Technique chirurgicale pour vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm

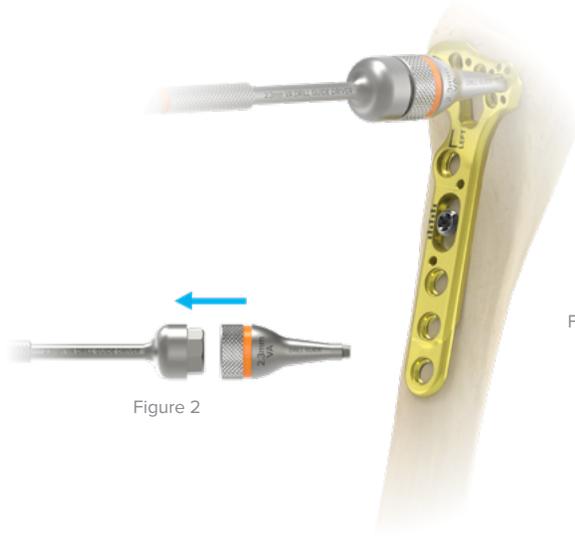


Figure 1

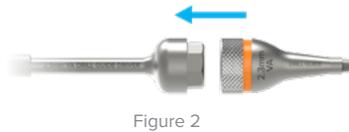


Figure 2

1 Mise en place du guide de perçage conique

S'il est déterminé qu'une vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm (30-23XX) est nécessaire, retirer le guide de visée radiotransparent de la plaque et insérer le guide de perçage conique à angle variable de 2,3 mm (80-0762), à l'aide de la tige du guide de perçage à angle variable de 2,3 mm (80-0763) (Figure 1).

Déconnecter la tige du guide de perçage une fois que ce dernier est complètement engagé dans la plaque (Figure 2).

Remarque : la tige du guide de perçage facilite l'insertion du guide de perçage conique. Il n'est pas nécessaire de retirer le guide de perçage conique.

Les vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm d'Acumed peuvent être utilisées dans n'importe quel trou distal des plaques PRD proximales Acu-Loc 2 (70-0XXX) et des plaques EX Acu-Loc (70-006X) de couleur or. Les vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm d'Acumed peuvent également être utilisées dans les plaques PRD Acu-Loc 2 de couleur argent, mais uniquement dans le trou styloïdien distal.

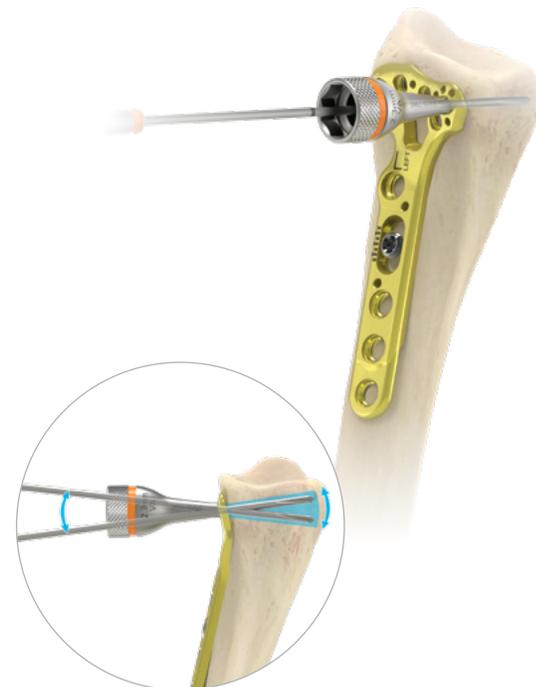


Figure 3

2 Vissage des vis distales

Perçer à l'aide du foret orange semi-cannelée à raccord rapide de 1,7 mm (80-0868) dans la trajectoire souhaitée à l'intérieur du guide de perçage conique. Retirer le guide de perçage conique (Figures 3 et 4).

Figure 4

Technique chirurgicale pour vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm [suite]

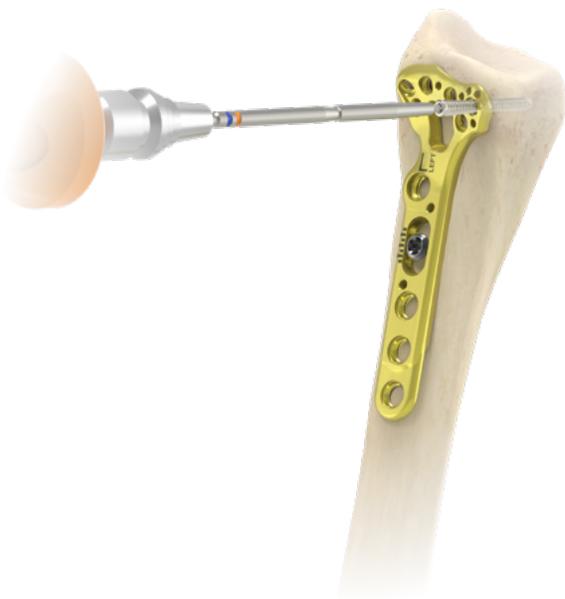
Figure 5



3 Mesure des vis distales

Déterminer la longueur des vis avec la jauge de profondeur de vis de 2,3 mm 6–46 mm (80-1356) (Figure 5).

Figure 6



4 Insertion des vis distales

Sélectionner et insérer la vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm correspondante (30-23XX) à l'aide du mandrin de tournevis hexagonal de 1,5 mm à rainure de verrouillage (80-0728) et du tournevis limiteur de couple Mini-AO de couleur orange, 10 in-lb (80-1008) (Figure 6). Insérer la vis jusqu'à ce que le tournevis limiteur de couple émette un clic, indiquant que le couple d'insertion optimal a été atteint.

Mise en garde : une fois la vis de verrouillage à angle variable complètement insérée, vérifier qu'il n'y a pas de débris sur le périmètre de la tête de la vis. Les éliminer le cas échéant.

Mise en garde : les vis de verrouillage à angle variable sont à **usage unique**.

Une fois la vis engagée dans la plaque, elle ne peut pas être retirée et réinsérée dans son trou d'origine ou dans tout autre trou de la plaque PRD proximale Acu-Loc 2 ou de la plaque EX Acu-Loc. Si cette vis est retirée, elle doit être mise au rebut pour ne pas être réutilisée. Une vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm (CO-N23XX) doit être utilisée pour remplacer une vis de verrouillage à angle variable.

Mise en garde : le tournevis limiteur de couple ne doit être utilisé que dans le sens des aiguilles d'une montre. Ne pas l'utiliser dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, car cela pourrait démonter le tournevis par inadvertance.

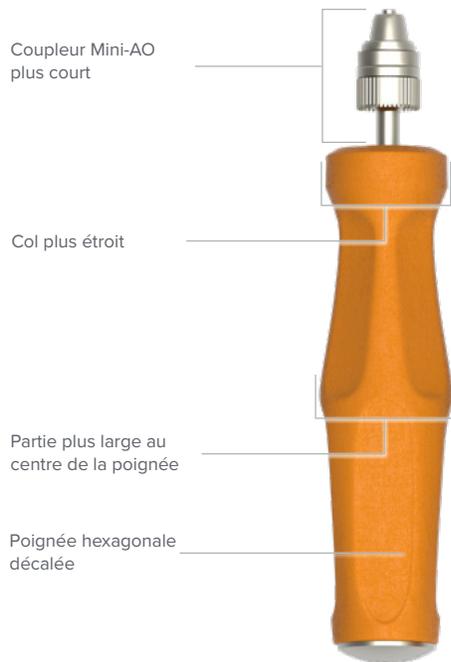
Mise en garde : Informations relatives à l'utilisation du tournevis limiteur de couple (TLC)

Il existe deux modèles de TLC (80-1008). La première génération peut ne pas maintenir l'étalonnage au-delà de six mois d'utilisation normale. L'utilisation du TLC, lorsqu'il n'est pas étalonné, peut entraîner une mauvaise mise en place de la vis (lorsqu'elle est insérée à l'intérieur des limites du guide de perçage conique), la rupture du filetage ou de la pointe du tournevis. Remplacer le TLC de première génération après six mois d'utilisation normale. Voir page 51 pour plus de détails.

Technique chirurgicale pour vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm [suite]

En outre, il faut noter la différence au niveau de la forme de la poignée afin de distinguer les deux tournevis limiteur de couple Mini-AO. Les illustrations de ce document montrent les différences entre le tournevis existant et le tournevis mis à jour.

Tournevis limiteur de couple (TLC) Mini-AO mis à jour



Tournevis à limiteur de couple (TLC) Mini-AO de première génération

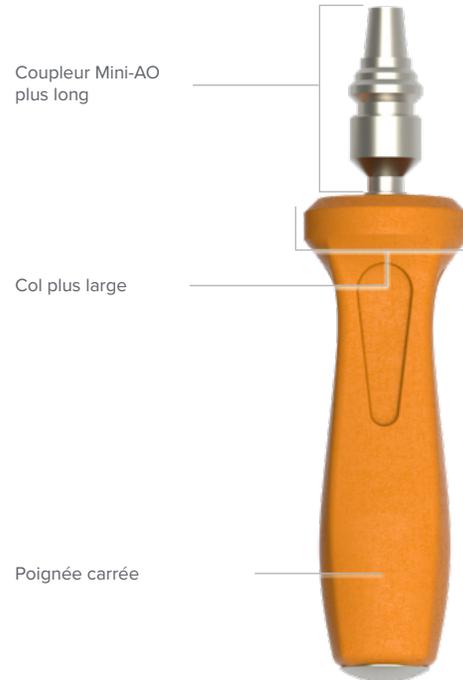


Figure 7



5 En option : Instructions relatives au retrait des implants

Pour extraire la vis à angle variable, utiliser le mandrin de tournevis hexagonal de 1,5 mm à rainure de verrouillage (80-0728) avec la poignée de tournevis cruciforme (MS-2210) (Figure 7).

En cas de résistance ou de risque de rupture, consulter la brochure relative au retrait des vis (SPF10-00) et les outils de retrait supplémentaires 80-0598 et 80-0600 ; Easyout à libération rapide.

Fixation de l'angle ulno-palmaire

Figure 1



Fixation de petits fragments de l'angle ulno-palmaire

Cette technique utilise la plaque de suture palmaire pour lunatum SFRD (70-0334) (Figure 1) ou la plaque PRD Acu-Loc 2 (70-03XX) (Figure 2). Le fragment ulno-palmaire est généralement tourné avec son attache capsulaire et mis en dérotation sous visualisation directe. Plusieurs sutures sont placées dans la capsule, ce qui permet de faire pivoter le fragment vers l'arrière sur le plan anatomique.

Une fois le fragment mis en dérotation, les sutures sont passées par les trous de suture dans l'angle ulno-palmaire de la plaque. Une vis sans verrouillage spécifique à la plaque est placée dans le trou oblong de la plaque. La plaque est positionnée sur le radius distal, la position privilégiée étant confirmée sous fluoroscopie. Les sutures sont nouées, fixant le fragment ulno-palmaire à la plaque, et les vis restantes sont mises en place^{1,2}.

Figure 2



Fixation de l'angle ulno-palmaire [suite]



Figure 1

Technique avec broche de Kirschner pour la fixation de petits fragments de l'angle ulno-palmaire

Une autre technique utilisant la plaque PRD Acu-Loc 2 (70-03XX) consiste à insérer des broches de Kirschner pour la fixation spécifique des fragments des facettes lunarienne et scaphoïdienne. Réduire directement les fragments de la facette lunarienne et/ou scaphoïdienne à l'aide du crochet pointu (PL-CL06) ou de l'outil de réduction des fragments (80-0725) (Figure 1).

- ▶ Insérer une broche de Kirschner de taille appropriée dans le fragment dans le sens palmaire à dorsal. Répéter cette étape si nécessaire pour renforcer la stabilité du fragment.
- ▶ Couper la broche de Kirschner et la plier dans le sens proximal de façon à ce qu'elle épouse les contours de la face palmaire du radius distal. Laisser suffisamment de broche exposée afin de pouvoir sécuriser le fragment et de pouvoir le recouvrir entièrement avec la plaque PRD Acu-Loc 2 (Figures 2 et 3).
- ▶ Sélectionner la plaque PRD Acu-Loc 2 (70-03XX) appropriée pour couvrir les broches de Kirschner et traiter le reste de la fracture du radius distal (Figure 4).

Figure 2



Figure 3



Figure 4

Technique avec plaque à crochets d'arrachement pour la fixation de petits fragments du rebord palmaire



La plaque à crochets d'arrachement de 0,8 mm (7005-08001-S) peut être connectée aux trous de vis distaux les plus ulnaires ou les plus radiaux de la plaque PRD Acu-Loc 2 (de couleur argent) pour étendre la fixation aux fragments palmaires distaux.

Cette technique décrit deux configurations différentes : la plaque à crochets d'arrachement sous la plaque PRD Acu-Loc 2 et la plaque à crochets d'arrachement sur la plaque PRD Acu-Loc 2. Dans les deux configurations, il est possible d'utiliser les vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm (30-23XX) ou les vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm (CO-N23XX) pour fixer les plaques ensemble et sur le radius.

Avertissement : lorsqu'une vis à angle variable de 2,3 mm est utilisée pour fixer une plaque à crochets dans la rangée distale de la plaque PRD Acu-Loc 2, elle ne peut être utilisée que comme vis à angle fixe en raison du risque de pénétration dans la surface articulaire. Il faut donc utiliser le guide de perçage à verrouillage de 2,0 mm 4-32 mm (80-0249) ou le guide de perçage/la jauge de profondeur du foret de 2,0 mm (MS-DG23) avec le guide de visée PRD Acu-Loc 2 (80-06XX) pour diriger la trajectoire fixe de la vis à angle variable.

Conseil : la plaque peut être introduite dans la plaie à l'aide de petites pinces ou du guide de perçage à verrouillage de 2,0 mm 4-32 mm (80-0249).

Technique avec plaque à crochets d'arrachement pour la fixation de petits fragments du rebord palmaire

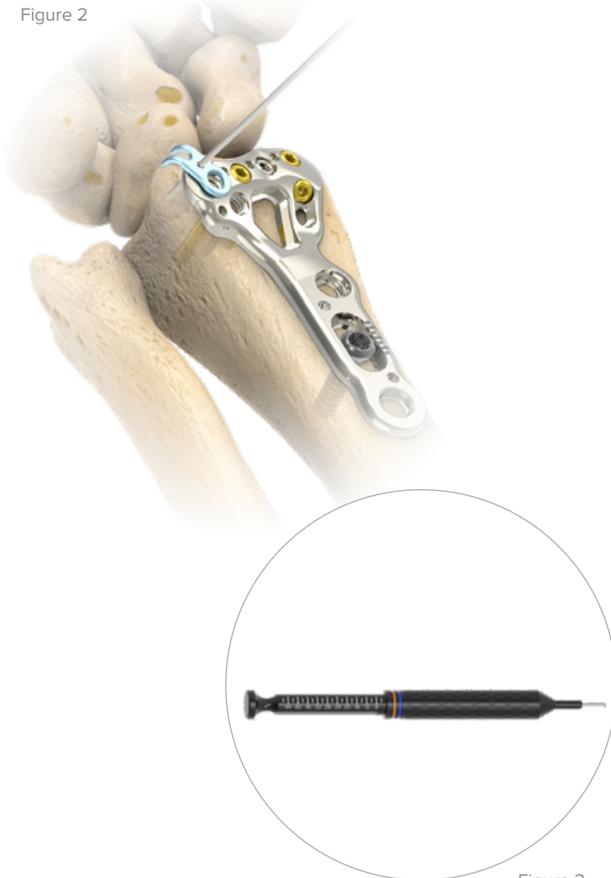
Figure 1



Technique avec plaque à crochets d'arrachement – Par-dessus la plaque PRD distale

1 Une fois la fracture réduite, la plaque PRD Acu-Loc 2 est positionnée sur le radius distal et la mise en place est confirmée sous fluoroscopie. La plaque ne doit pas être fixée à ce stade. Après le perçage, la plaque est mise en place.

Figure 2



2 Insérer le guide de perçage à verrouillage de 2,0 mm 4–32 mm (80-0249) ou le guide de perçage/la jauge de profondeur du foret de 2,0 mm (MS-DG23) avec le guide de visée PRD Acu-Loc 2 (80-06XX) dans le trou de vis distal ulnaire ou radial de la plaque PRD, et percer à l'aide du foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318).

3 Retirer le guide de perçage et le guide de visée, le cas échéant. Positionner la plaque à crochets sur la plaque PRD de manière à ce que les trous de vis soient alignés et mesurer la longueur des vis à l'aide de la jauge de profondeur de vis de 2,3 mm 6–46 mm (80-1356).

Remarque : pour stabiliser la plaque, une broche de Kirschner 0,0889 mm (0,035 po) x 146,05 mm (5,75 po) (WS-0906ST) peut être insérée à la fois dans le trou de la broche de Kirschner de la plaque à crochets et dans l'un des trous de suture ulnaires de la plaque PRD. En outre, une broche de Kirschner 1,3716 mm (0,054 po) x 152,4 mm (6 po) (WS-1406ST) peut être insérée dans les dents de la plaque à crochet.

Avertissement : la mise en place de la plaque à crochets d'arrachement est limitée au trou distal le plus ulnaire ou le plus radial de la plaque PRD Acu-Loc 2 afin de minimiser le risque d'irritation du tendon.

Avertissement : réduire l'écart entre la plaque à crochets et la plaque PRD lors de la mise en place de la plaque et de la fixation provisoire afin que la vis VA puisse se verrouiller dans les deux plaques. Vérifier la stabilité en rotation après avoir inséré la vis dans les deux plaques.

Figure 3

Technique avec plaque à crochets d'arrachement pour la fixation de petits fragments du rebord palmaire

Figure 4



5

Si une vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm est utilisée, l'insérer dans les deux plaques à l'aide du mandrin de tournevis hexagonal de 1,5 mm à rainure de verrouillage (80-0728) et du mandrin de tournevis de tournevis limiteur de couple de couple de couleur orange (80-1008) optionnel.

6

Si une vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm est utilisée, l'insérer dans les deux plaques à l'aide du mandrin de tournevis hexagonal de 1,5 mm à rainure de verrouillage (80-0728), du préhenseur pour vis de 2,3 mm à languette de verrouillage (80-0727) et de la poignée de tournevis cruciforme de couleur argent (MS-2210).

Figure 5



7

Vérifier la stabilité en rotation de l'interface entre les plaques. Si la stabilité est insuffisante, il faut envisager une transition vers les méthodes avec suture ou broche de Kirschner (voir pages 40-41).

Conseil : l'utilisation d'un petit poinçon à os peut être utile pour taper et pousser doucement les dents de la plaque à crochets sur le fragment de la fracture.

Remarque : une fois la plaque à crochets fixée dans la rangée distale de la plaque PRD, le guide de visée ne peut pas être fixé à la plaque PRD pour guider la trajectoire des autres vis distales. Utiliser plutôt le guide de perçage à verrouillage de 2,0 mm 4-32 mm (80-0249) si la plaque à crochets a déjà été fixée à la plaque PRD.

Conseil : la plaque peut être introduite dans la plaie à l'aide de petites pinces ou du guide de perçage à verrouillage de 2,0 mm 4-32 mm (80-0249).

8

Tous les autres trous de vis distaux et proximaux sont remplis selon la technique PRD Acu-Loc 2 standard.

Technique avec plaque à crochets d'arrachement pour la fixation de petits fragments du rebord palmaire

Figure 1



Technique avec plaque à crochets d'arrachement – Sous la plaque PRD distale

1 Avant d'appliquer la plaque PRD Acu-Loc 2 sur le radius distal, placer la plaque à crochets d'arrachement de 0,8 mm (7005-08001-S) de manière à ce que les crochets renforcent efficacement le fragment palmaire.

Conseil : pour guider la mise en place de la plaque à crochets sur le fragment, une broche de Kirschner 1,3716 mm (0,054 po) x 152,4 mm (6 po) (WS-1406ST) peut être insérée dans le fragment, et la plaque à crochets glissée de manière à ce que la broche de Kirschner s'insère entre les dents de la plaque à crochets. Afin de stabiliser davantage la plaque, une broche de Kirschner 0,0889 mm (0,035 po) x 146,05 mm (5,75 po) (WS-0906ST) peut être insérée dans le trou de la broche de Kirschner de la plaque à crochets.

2 Placer la plaque PRD Acu-Loc 2 standard sur la plaque à crochets de manière à ce que les trous de vis prévus soient alignés. La plaque à crochets peut être alignée sur le trou le plus ulnaire ou le plus radial de la plaque PRD.

Avertissement : la mise en place de la plaque à crochets d'arrachement est limitée au trou distal le plus ulnaire ou le plus radial de la plaque PRD Acu-Loc 2 afin de minimiser le risque d'irritation du tendon.

Figure 2



3 Si une broche de Kirschner 0,0889 mm (0,0035 po) a été insérée dans le trou de broche de Kirschner de la plaque à crochets lors de la fixation provisoire, elle peut être introduite dans l'un des deux trous de suture ulnaires distaux de la plaque PRD Acu-Loc 2 pour assurer l'alignement entre les trous de vis des deux plaques.

Technique avec plaque à crochets d'arrachement pour la fixation de petits fragments du rebord palmaire



Figure 3

Figure 4



Figure 5



4

Pour fixer la plaque PRD et la plaque à crochets, percer les trous de vis qui se chevauchent à l'aide du foret à libération rapide de 2,0 mm (80-0318) avec le guide de perçage à verrouillage de 2,0 mm 4–32 mm et la jauge de profondeur de vis 6–46 mm (80-1356).

Avertissement : réduire l'écart entre la plaque à crochets et la plaque PRD lors de la mise en place de la plaque et de la fixation provisoire afin que la vis VA puisse se verrouiller dans les deux plaques. Vérifier la stabilité en rotation après avoir inséré la vis dans les deux plaques.

5

Si une vis de verrouillage à angle variable est utilisée, l'insérer dans les deux plaques à l'aide du mandrin de tournevis hexagonal de 1,5 mm à rainure de verrouillage (80-0728) et du tournevis limiteur de couple de couleur orange (80-1008).

6

Si une vis à corticale sans verrouillage est utilisée, l'insérer dans les deux plaques à l'aide du mandrin de tournevis hexagonal de 1,5 mm à rainure de verrouillage (80-0728), du préhenseur pour vis de 2,3 mm à languette de verrouillage (80-0727) optionnel et de la poignée de tournevis cruciforme de couleur argent (MS-2210).

7

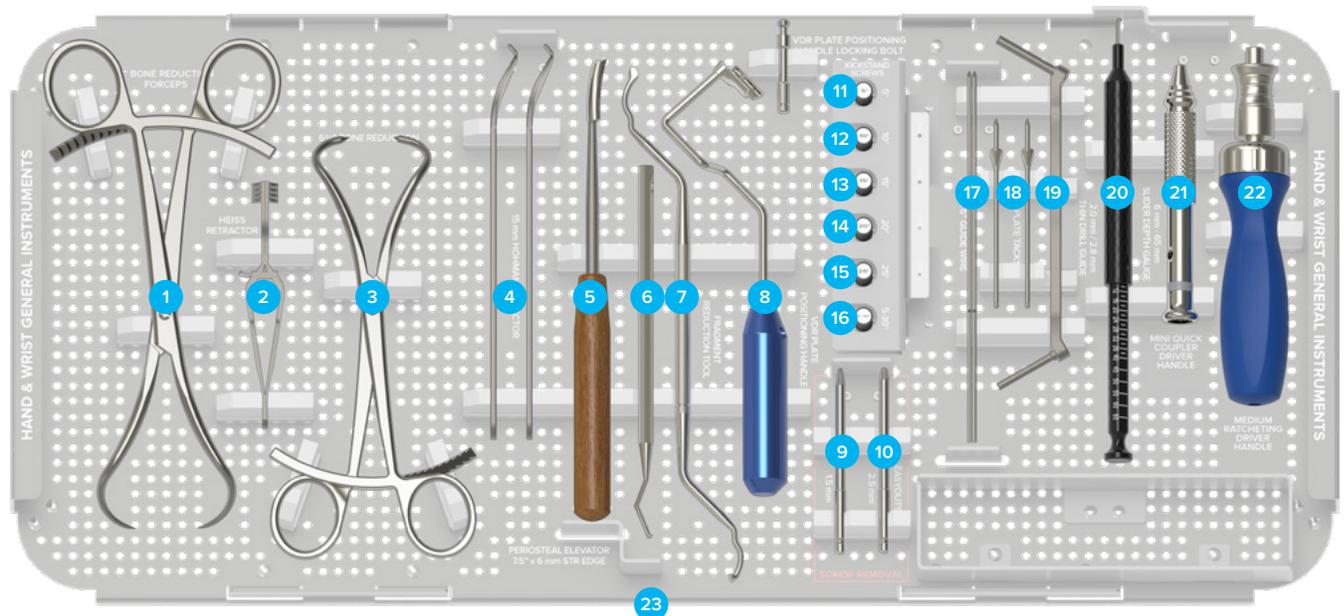
Vérifier la stabilité en rotation de l'interface entre les plaques. Si la stabilité est insuffisante, il faut envisager une transition vers les méthodes avec suture ou broche de Kirschner (voir pages 40-41).

8

Tous les autres trous de vis distaux et proximaux sont remplis selon la technique PRD Acu-Loc 2 standard.

Conseil : l'utilisation d'un petit poinçon à os peut être utile pour taper et pousser doucement les dents de la plaque à crochets sur le fragment de la fracture.

Informations de commande



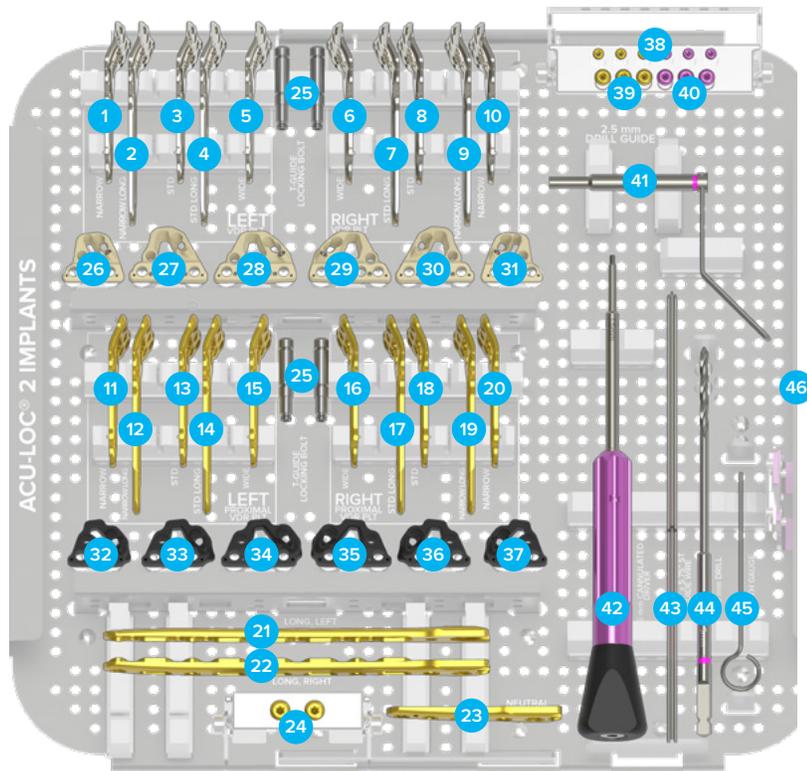
Composants du plateau

Instruments

1	Pince de réduction osseuse 203,2 mm	MS-1280	13	Tige KickStand 15°	80-0720
2	Écarteur Heiss	80-0756	14	Tige KickStand 20°	80-0721
3	Pince de réduction osseuse 171,45 mm	80-0723	15	Tige KickStand 25°	80-0722
4	Rétracteur Hohmann 15 mm	MS-46827	16	Tige KickStand 5–30°	80-0731
5	Rugine pour périoste 190,5 mm x 6 mm bord droit	80-0693	17	Broche de Kirschner 1,3716 mm (0,054 po) x 152,4 mm (6 po)	WS-1406ST
6	Crochet pointu	PL-CL06	18	Rivet pour plaque	PL-PTACK
7	Outil de réduction des fragments	80-0725	19	Guide de perçage fin de 2,0 mm/2,8 mm	PL-2118
8	Assemblage de la poignée de positionnement de plaque PRD	80-0729	20	Jauge de profondeur 6–65 mm	80-0623
9	Easyout à libération rapide de 1,5 mm	80-0598	21	Poignée de tournevis cruciforme	MS-2210
10	Easyout à libération rapide de 2,5 mm	80-0600	22	Poignée de tournevis à cliquet moyen	80-0663
11	Tige KickStand 5°	80-0718	23	Plateau d'instruments généraux pour la main et le poignet	80-0754
12	Tige KickStand 10°	80-0719			

Pour plus d'informations sur la plaque de serrage pour poignet Acu-Loc®, veuillez contacter votre distributeur local Acumed agréé, appeler le 888 627 9957 ou visiter le site acumed.net.

Informations de commande [suite]



Composants du plateau

Plaques palmaires pour radius distal (PRD) Acu-Loc 2

1	Plaque PRD Acu-Loc 2 Étroite, gauche	70-0358
2	Plaque PRD Acu-Loc 2 Étroite, longue, gauche	70-0370
3	Plaque PRD Acu-Loc 2 Standard, gauche	70-0356
4	Plaque PRD Acu-Loc 2 Standard, longue, gauche	70-0368
5	Plaque PRD Acu-Loc 2 Large, gauche	70-0360
6	Plaque PRD Acu-Loc 2 Large, droite	70-0361
7	Plaque PRD Acu-Loc 2 Standard, longue, droite	70-0369
8	Plaque PRD Acu-Loc 2 Standard, droite	70-0357
9	Plaque PRD Acu-Loc 2 Étroite, longue, droite	70-0371
10	Plaque PRD Acu-Loc 2 Étroite, droite	70-0359

Plaques palmaires pour radius distal (PRD) proximales Acu-Loc 2

11	Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Étroite, gauche	70-0352
12	Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Étroite, longue, gauche	70-0382
13	Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Standard, gauche	70-0350
14	Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Standard, longue, gauche	70-0372
15	Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Large, gauche	70-0354
16	Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Large, droite	70-0355
17	Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Standard, longue, droite	70-0373
18	Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Standard, droite	70-0351
19	Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Étroite, longue, droite	70-0383
20	Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Étroite, droite	70-0353

Composants du plateau [suite]

Plaques d'extension

21	Plaque PRD d'extension Acu-Loc 2 Longue, gauche	70-0365
22	Plaque PRD d'extension Acu-Loc 2 Longue, droite	70-0366
23	Plaque PRD d'extension Acu-Loc 2, neutre	70-0364
24	Vis de liaison d'extension hexalobulaire PRD Acu-Loc 2	30-0100

Instruments

25	Boulon de verrouillage de guide de visée PRD Acu-Loc 2	80-0682
26	Guide de visée PRD Acu-Loc 2, étroit, gauche	80-0697
27	Guide de visée PRD Acu-Loc 2, standard, gauche	80-0695
28	Guide de visée PRD Acu-Loc 2 Large, gauche	80-0699
29	Guide de visée PRD Acu-Loc 2 Large, droite	80-0698
30	Guide de visée PRD Acu-Loc® 2, standard, droite	80-0694
31	Guide de visée PRD Acu-Loc® 2, étroit, droite	80-0696
32	Guide de visée proximal PRD Acu-Loc® 2, étroit, gauche	80-0703
33	Guide de visée proximal PRD Acu-Loc® 2, standard, gauche	80-0701
34	Guide de visée proximal PRD Acu-Loc® 2, large, gauche	80-0705
35	Guide de visée proximal PRD Acu-Loc® 2, large, droite	80-0704
36	Guide de visée proximal PRD Acu-Loc® 2, standard, droite	80-0700
37	Guide de visée proximal PRD Acu-Loc® 2, étroit, droite	80-0702

Vis Frag-Loc®

38	Manchon de compression Frag-Loc®	30-0370
39	Vis de compression Frag-Loc®, longue	30-0372
40	Vis de compression Frag-Loc®	30-0371

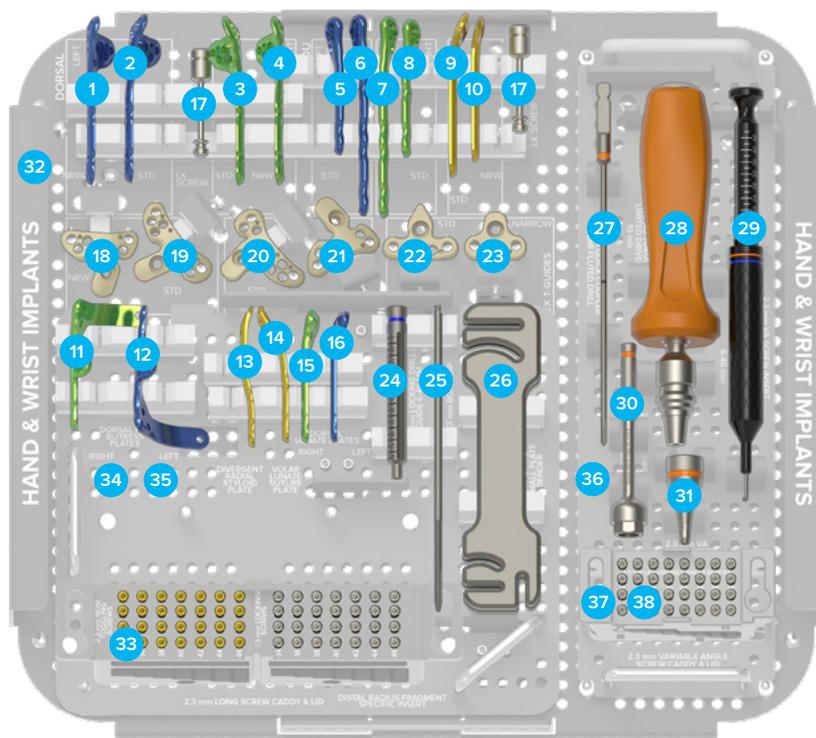
Instruments Frag-Loc®

41	Guide de perçage Frag-Loc de 2,5 mm	80-0730
42	Ensemble tournevis canulé Frag-Loc de 1,5 mm	80-0758
43	Broche de Kirschner ST 0,0889 mm (0,035 po) x 146,05 mm (5,75 po)	WS-0906ST
44	Foret Frag-Loc de 2,5 mm	80-0724
45	Jauge de profondeur Frag-Loc	80-0726
46	Plateau d'implants Acu-Loc® 2	80-0752

Instrument optionnel

	Boulon de verrouillage de guide de visée PRD Acu-Loc® 2, long	80-1071
	Boulon de verrouillage 10-32	80-0738

Informations de commande [suite]



Composants du plateau

Plaques Acu-Loc®

1	Plaque dorsale Acu-Loc® Étroite, gauche	70-0057
2	Plaque dorsale Acu-Loc® Standard, gauche	70-0055
3	Plaque dorsale Acu-Loc® Standard, droite	70-0056
4	Plaque dorsale Acu-Loc® Étroite, droite	70-0058
5	Plaque PUD Acu-Loc® Standard, gauche	70-0045
6	Plaque PUD Acu-Loc® Longue, gauche	70-0047
7	Plaque PUD Acu-Loc® Longue, gauche	70-0048
8	Plaque PUD Acu-Loc® Longue, gauche	70-0046
9	EX standard Acu-Loc®	70-0063
10	EX étroit Acu-Loc®	70-0064

Plaques spécifiques pour fragments du radius distal (SFRD)

11	Plaque de renfort pour rebord dorsal, droite	70-0335
12	Plaque de renfort pour rebord dorsal, gauche	70-0336
13	Plaque pour styloïde radiale divergente	70-0331
14	Plaque de suture palmaire pour lunatum	70-0334
15	Plaque dorsale pour lunatum, droite	70-0337
16	Plaque dorsale pour lunatum, gauche	70-0338

Informations de commande [suite]

Composants du plateau [suite]

Instruments

17	Guide de visée radiotransparent Acu-Loc à vis de verrouillage	80-0038
18	Guide de visée pour plaque dorsale Acu-Loc, étroit, gauche	80-0154
19	Guide de visée pour plaque dorsale Acu-Loc, standard, gauche	80-0150
20	Guide de visée dorsal Acu-Loc®, standard, droite	80-0151
21	Guide de visée dorsal Acu-Loc®, étroit, droite	80-0155
22	Guide de visée EX Acu-Loc®, standard	80-0166
23	Guide de visée EX Acu-Loc®, étroit	80-0274
24	Guide de perçage à verrouillage de 2,0 mm 6–46 mm	80-0592
25	Taraud de 2,3 mm	80-0362
26	Petite pince à cintrer pour plaque	80-0363

Instruments à angle variable

27	Foret semi-cannelée à raccord rapide de 1,7 mm	80-0868
28	Tournevis à limiteur de couple Mini-AO, 10 inlb	80-1008
29	Jauge de profondeur de vis de 2,3 mm 6–46 mm	80-1356
30	Tige de guide de perçage à angle variable 2,3 mm	80-0763
31	Guide de perçage à angle variable de 2,3 mm	80-0762

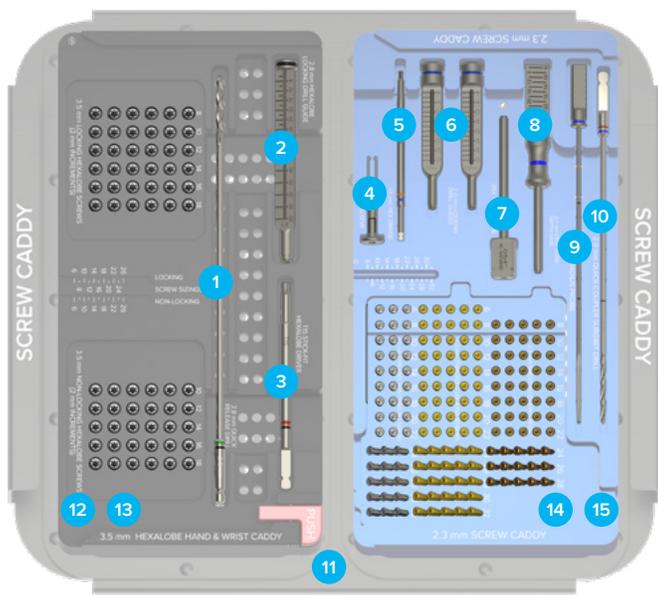
Plateaux et inserts

32	Plateau d'implants pour la main et le poignet	80-0787
Inserts spécifiques pour fragments du radius distal		
33	Insert spécifique pour fragments du radius distal	80-0822
34	Base du plateau de vis longues de 2,3 mm	80-0825
35	Couvercle du plateau de vis longues de 2,3 mm	80-0762

Inserts à vis à angle variable

36	Insert à vis à angle variable de 2,3 mm	80-1009
37	Couvercle du plateau de vis à angle variable de 2,3 mm	80-1010
38	Base du plateau de vis à angle variable de 2,3 mm	80-0751

Informations de commande [suite]



Composants du plateau

Instruments de 3,5 mm

1	Foret à libération rapide 2,8 mm	80-0387
2	Guide de perçage hexalobulaire à verrouillage de 2,8 mm 6–65 mm	80-0668
3	Tournevis hexalobulaire Stick Fit T15	80-0760

Instruments 2,3 mm

4	Préhenseur pour vis de 2,3 mm, languette de verrouillage	80-0727
5	Mandrin de tournevis hexagonal de 1,5 mm, à rainure de verrouillage	80-0728
6	Guide de perçage à verrouillage de 2,0 mm 4–32 mm	80-0249
7	Guide pour broche de Kirschner de 1,3716 mm (0,054 po)	80-0688
8	Guide de perçage/Jauge de profondeur du foret de 2,0 mm	MS-DG23
9	Sonde pour radius distal	MS-DRPB
10	Foret à libération rapide de 2,0 mm	80-0318

Plateaux et inserts

11	Plateau universel — base d'inserts de vis	80-0346
----	---	---------

3,5 mm

12	Plateau hexalobulaire de 3,5 mm pour main et poignet	80-1500
13	Couvercle du plateau hexalobulaire de 3,5 mm pour main et poignet	80-1502*

En option

Instruments pour vis de 3,5 mm

Foret à libération rapide de 2,8 mm x 127,0 mm	80-2008
Guide de perçage à verrouillage de 2,8 mm 6–26 mm	80-2006
Taraud à os à vis de verrouillage de 3,5 mm	80-2126

2,3 mm

14	Plateau de vis de 2,3 mm	80-0748
15	Couvercle du plateau de vis de 2,3 mm/3,5 mm	80-0790*

* Articles non illustrés

Informations de commande [suite]

Vis 2,3 mm

Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm

Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 8 mm	CO-N2308
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 10 mm	CO-N2310
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 12 mm	CO-N2312
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 14 mm	CO-N2314
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 16 mm	CO-N2316
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 18 mm	CO-N2318
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 20 mm	CO-N2320
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 22 mm	CO-N2322
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 24 mm	CO-N2324
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 26 mm	CO-N2326
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 28 mm	CO-N2328
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 30 mm	CO-N2330
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 32 mm	CO-N2332
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 34 mm	CO-N2334
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 36 mm	CO-N2336
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 38 mm	CO-N2338
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 40 mm	CO-N2340
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 42 mm	CO-N2342
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 44 mm	CO-N2344
Vis à corticale sans verrouillage de 2,3 mm x 46 mm	CO-N2346

Vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm

Vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm x 14 mm	30-2314
Vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm x 16 mm	30-2316
Vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm x 18 mm	30-2318
Vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm x 20 mm	30-2320
Vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm x 22 mm	30-2322
Vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm x 24 mm	30-2324
Vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm x 26 mm	30-2326
Vis de verrouillage à angle variable de 2,3 mm x 28 mm	30-2328

Informations de commande [suite]

Vis 2,3 mm

Chevilles à corticale à verrouillage de 2,3 mm

Cheville à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 8 mm	CO-S2308
Cheville à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 10 mm	CO-S2310
Cheville à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 12 mm	CO-S2312
Cheville à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 14 mm	CO-S2314
Cheville à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 16 mm	CO-S2316
Cheville à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 18 mm	CO-S2318
Cheville à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 20 mm	CO-S2320
Cheville à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 22 mm	CO-S2322
Cheville à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 24 mm	CO-S2324
Cheville à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 26 mm	CO-S2326
Cheville à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 28 mm	CO-S2328

Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm

Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 8 mm	CO-T2308
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 10 mm	CO-T2310
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 12 mm	CO-T2312
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 14 mm	CO-T2314
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 16 mm	CO-T2316
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 18 mm	CO-T2318
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 20 mm	CO-T2320
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 22 mm	CO-T2322
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 24 mm	CO-T2324
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 26 mm	CO-T2326
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 28 mm	CO-T2328
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 30 mm	CO-T2330
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 32 mm	CO-T2332
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 34 mm	CO-T2334
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 36 mm	CO-T2336
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 38 mm	CO-T2338
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 40 mm	CO-T2340
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 42 mm	CO-T2342
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 44 mm	CO-T2344
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 46 mm	CO-T2346

Informations de commande [suite]

Vis plate de 2,7 mm en option

Vis hexalobulaires plate sans verrouillage de 2,7 mm

Hexalobulaire plate de 2,7 x 9 mm – Sans verrouillage	3041-23009
Hexalobulaire plate de 2,7 x 10 mm – Sans verrouillage	3041-23010
Hexalobulaire plate de 2,7 x 11 mm – Sans verrouillage	3041-23011
Hexalobulaire plate de 2,7 x 12 mm – Sans verrouillage	3041-23012
Hexalobulaire plate de 2,7 x 13 mm – Sans verrouillage	3041-23013
Hexalobulaire plate de 2,7 x 14 mm – Sans verrouillage	3041-23014
Hexalobulaire plate de 2,7 x 15 mm – Sans verrouillage	3041-23015
Hexalobulaire plate de 2,7 x 16 mm – Sans verrouillage	3041-23016
Hexalobulaire plate de 2,7 x 17 mm – Sans verrouillage	3041-23017
Hexalobulaire plate de 2,7 x 18 mm – Sans verrouillage	3041-23018
Hexalobulaire plate de 2,7 x 19 mm – Sans verrouillage	3041-23019

Vis hexalobulaires plate à verrouillage 2,7 mm

Hexalobulaire plate de 2,7 x 8 mm – À verrouillage	3040-23008
Hexalobulaire plate de 2,7 x 9 mm – À verrouillage	3040-23009
Hexalobulaire plate de 2,7 x 10 mm – À verrouillage	3040-23010
Hexalobulaire plate de 2,7 x 11 mm – À verrouillage	3040-23011
Hexalobulaire plate de 2,7 x 12 mm – À verrouillage	3040-23012
Hexalobulaire plate de 2,7 x 13 mm – À verrouillage	3040-23013
Hexalobulaire plate de 2,7 x 14 mm – À verrouillage	3040-23014
Hexalobulaire plate de 2,7 x 15 mm – À verrouillage	3040-23015
Hexalobulaire plate de 2,7 x 16 mm – À verrouillage	3040-23016
Hexalobulaire plate de 2,7 x 17 mm – À verrouillage	3040-23017
Hexalobulaire plate de 2,7 x 18 mm – À verrouillage	3040-23018
Hexalobulaire plate de 2,7 x 19 mm – À verrouillage	3040-23019

Informations de commande [suite]

Vis plate de 2,7 mm stériles en option

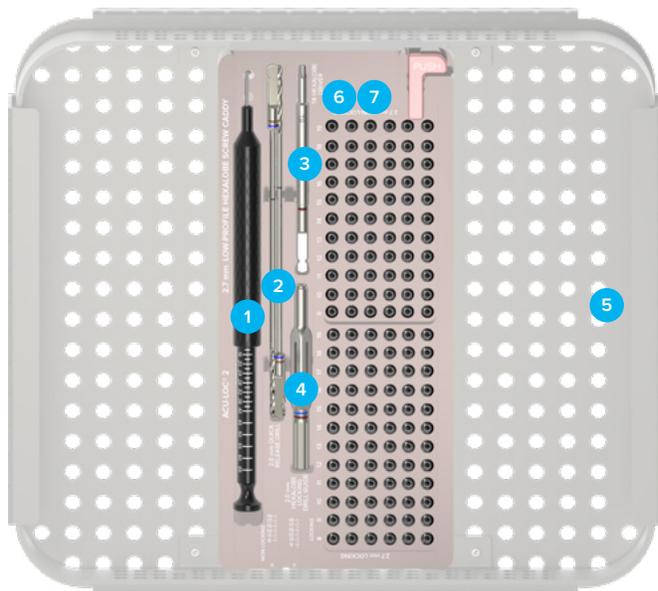
Hexalobulaire plate sans verrouillage de 2,7 mm

Hexalobulaire plate de 2,7 x 9 mm – Sans verrouillage	3041-23009-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 10 mm – Sans verrouillage	3041-23010-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 11 mm – Sans verrouillage	3041-23011-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 12 mm – Sans verrouillage	3041-23012-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 13 mm – Sans verrouillage	3041-23013-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 14 mm – Sans verrouillage	3041-23014-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 15 mm – Sans verrouillage	3041-23015-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 16 mm – Sans verrouillage	3041-23016-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 17 mm – Sans verrouillage	3041-23017-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 18 mm – Sans verrouillage	3041-23018-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 19 mm – Sans verrouillage	3041-23019-S

Hexalobulaire plate à verrouillage de 2,7 mm

Hexalobulaire plate de 2,7 x 8 mm – À verrouillage	3040-23008-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 9 mm – À verrouillage	3040-23009-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 10 mm – À verrouillage	3040-23010-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 11 mm – À verrouillage	3040-23011-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 12 mm – À verrouillage	3040-23012-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 13 mm – À verrouillage	3040-23013-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 14 mm – À verrouillage	3040-23014-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 15 mm – À verrouillage	3040-23015-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 16 mm – À verrouillage	3040-23016-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 17 mm – À verrouillage	3040-23017-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 18 mm – À verrouillage	3040-23018-S
Hexalobulaire plate de 2,7 x 19 mm – À verrouillage	3040-23019-S

Informations de commande [suite]



Composants du plateau

Instruments pour vis plate de 2,7 mm

1	Jauge de profondeur 6–65 mm	80-0623*
2	Foret à libération rapide de 2,0 mm	80-0318*
3	Mandrin de tournevis hexalobulaire Stick Fit T8	80-0759
4	Guide de perçage hexalobulaire à verrouillage de 2,0 mm 6–26 mm	80-4029**
5	Plateau universel — insert d'outil	80-0347
6	Plateau de vis plate de 2,7 mm Acu-Loc 2	80-3926
7	Couvercle du plateau de vis plate de 2,7 mm	80-3927

* La jauge de profondeur 6–65 mm 80-0623 et le foret à libération rapide de 2,0 mm 80-0318 sont déjà fournies avec les vis de 2,3 mm

** Articles non illustrés

Informations de commande [suite]

Composants du plateau stérile

Plaques palmaires pour radius distal (VDR) Acu-Loc 2

Plaque PRD Acu-Loc 2 Étroite, gauche	70-0358-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 Étroite, longue, gauche	70-0370-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 Standard, gauche	70-0356-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 Standard, longue, gauche	70-0368-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 Large, gauche	70-0360-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 Large, droite	70-0361-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 Standard, longue, droite	70-0369-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 Standard, droite	70-0357-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 Étroite, longue, droite	70-0371-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 Étroite, droite	70-0359-S

Plaques palmaires pour radius distal (PRD) proximales Acu-Loc 2

Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Étroite, gauche	70-0352-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Étroite, longue, gauche	70-0382-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Standard, gauche	70-0350-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Standard, longue, gauche	70-0372-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Large, gauche	70-0354-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Large, droite	70-0355-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Standard, longue, droite	70-0373-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Standard, droite	70-0351-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Étroite, longue, droite	70-0383-S
Plaque PRD Acu-Loc 2 proximale Étroite, droite	70-0353-S

Plaques d'extension

Plaque PRD d'extension Acu-Loc 2 Longue, gauche	70-0365-S
Plaque PRD d'extension Acu-Loc 2 Longue, droite	70-0366-S
Plaque PRD d'extension Acu-Loc 2, neutre	70-0364-S
Vis de liaison d'extension hexalobulaire PRD Acu-Loc 2	30-0100-S

Vis Frag-Loc®

Manchon de compression Frag-Loc®	30-0370-S
Vis de compression Frag-Loc®, longue	30-0372-S
Vis de compression Frag-Loc®	30-0371-S

Instruments Frag-Loc®

Foret Frag-Loc de 2,5 mm	80-0724-S
--------------------------	-----------

Plaques Acu-Loc®

Plaque dorsale Acu-Loc® Étroite, gauche	70-0057-S
Plaque dorsale Acu-Loc® Standard, gauche	70-0055-S
Plaque dorsale Acu-Loc® Standard, droite	70-0056-S
Plaque dorsale Acu-Loc® Étroite, droite	70-0058-S
Plaque PUD Acu-Loc® Standard, gauche	70-0045-S
Plaque PUD Acu-Loc® Longue, gauche	70-0047-S
Plaque PUD Acu-Loc® Longue, gauche	70-0048-S
Plaque PUD Acu-Loc® Longue, gauche	70-0046-S
EX standard Acu-Loc®	70-0063-S
EX étroit Acu-Loc®	70-0064-S

Plaques spécifiques pour fragments du radius distal (SFRD)

Plaque de renfort pour rebord dorsal, droite	70-0335-S
Plaque de renfort pour rebord dorsal, gauche	70-0336-S
Plaque pour styloïde radiale divergente	70-0331-S
Plaque de suture palmaire pour lunatum	70-0334-S
Plaque dorsale pour lunatum, droite	70-0337-S
Plaque dorsale pour lunatum, gauche	70-0338-S

Informations de commande [suite]

Composants du plateau stérile

Instruments

Easyout à libération rapide de 1,5 mm	80-0598-S
Easyout à libération rapide de 2,5 mm	80-0600-S
Rivet pour plaque	PL-PTACK-S

Instruments de 3,5 mm

Foret à libération rapide de 2,8 mm	80-0387-S
-------------------------------------	-----------

Instruments 2,3 mm

Foret à libération rapide de 2,0 mm	80-0318-S
-------------------------------------	-----------

Vis stériles de 2,3 mm

Cheilles à corticale à verrouillage de 2,3 mm

Cheille à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 8 mm	CO-S2308-S
Cheille à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 10 mm	CO-S2310-S
Cheille à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 12 mm	CO-S2312-S
Cheille à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 14 mm	CO-S2314-S
Cheille à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 16 mm	CO-S2316-S
Cheille à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 18 mm	CO-S2318-S
Cheille à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 20 mm	CO-S2320-S
Cheille à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 22 mm	CO-S2322-S
Cheille à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 24 mm	CO-S2324-S
Cheille à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 26 mm	CO-S2326-S
Cheille à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 28 mm	CO-S2328-S

Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm

Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 8 mm	CO-T2308-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 10 mm	CO-T2310-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 12 mm	CO-T2312-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 14 mm	CO-T2314-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 16 mm	CO-T2316-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 18 mm	CO-T2318-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 20 mm	CO-T2320-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 22 mm	CO-T2322-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 24 mm	CO-T2324-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 26 mm	CO-T2326-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 28 mm	CO-T2328-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 30 mm	CO-T2330-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 32 mm	CO-T2332-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 34 mm	CO-T2334-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 36 mm	CO-T2336-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 38 mm	CO-T2338-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 40 mm	CO-T2340-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 42 mm	CO-T2342-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 44 mm	CO-T2344-S
Vis à corticale à verrouillage de 2,3 mm x 46 mm	CO-T2346-S

Informations de commande [suite]

Vis 3,5 mm

Vis hexalobulaires à verrouillage de 3,5 mm

Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 8 mm	30-0232
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 10 mm	30-0233
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 12 mm	30-0234
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 14 mm	30-0235
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 16 mm	30-0236
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 18 mm	30-0237

Vis hexalobulaires sans verrouillage de 3,5 mm

Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 10 mm	30-0256
Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 12 mm	30-0257
Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 14 mm	30-0258
Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 16 mm	30-0259
Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 18 mm	30-0260

Vis stériles de 3,5 mm

Vis hexalobulaires à verrouillage de 3,5 mm

Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 8 mm	30-0232-S
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 9 mm	30-0218-S
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 10 mm	30-0233-S
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 11 mm	30-0219-S
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 12 mm	30-0234-S
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 13 mm	30-0220-S
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 14 mm	30-0235-S
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 15 mm	30-0221-S
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 16 mm	30-0236-S
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 17 mm	30-0222-S
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 18 mm	30-0237-S
Vis hexalobulaire à verrouillage de 3,5 mm x 19 mm	30-0223-S

Vis hexalobulaires sans verrouillage de 3,5 mm

Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 9 mm	30-0224-S
Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 10 mm	30-0256-S
Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 11 mm	30-0225-S
Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 12 mm	30-0257-S
Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 13 mm	30-0226-S
Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 14 mm	30-0258-S
Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 15 mm	30-0227-S
Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 16 mm	30-0259-S
Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 17 mm	30-0228-S
Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 18 mm	30-0260-S
Vis hexalobulaire sans verrouillage de 3,5 mm x 19 mm	30-0229-S

Informations de commande [suite]

En option

Vis à corticale à verrouillage de 3,5 mm

Vis à corticale à verrouillage de 3,5 mm x 8 mm	COL-3080
Vis à corticale à verrouillage de 3,5 mm x 10 mm	COL-3100
Vis à corticale à verrouillage de 3,5 mm x 12 mm	COL-3120
Vis à corticale à verrouillage de 3,5 mm x 14 mm	COL-3140
Vis à corticale à verrouillage de 3,5 mm x 16 mm	COL-3160
Vis à corticale à verrouillage de 3,5 mm x 18 mm	COL-3180

Instruments

Mandrin de tournevis hexagonal à libération rapide de 2,5 mm	HPC-0025
Manchon de tournevis de 3,5 mm	MS-SS35
Guide de perçage à verrouillage de 2,8 mm 6–65 mm	80-0384

Vis à corticale de 3,5 mm

Vis à corticale de 3,5 mm x 10 mm	CO-3100
Vis à corticale de 3,5 mm x 12 mm	CO-3120
Vis à corticale de 3,5 mm x 14 mm	CO-3140
Vis à corticale de 3,5 mm x 16 mm	CO-3160
Vis à corticale de 3,5 mm x 18 mm	CO-3180

Vis pour plaque PRD d'extension Acu-Loc 2

Vis de liaison d'extension pour plaque PRD Acu-Loc 2	30-0093
--	---------

Plaques en option

Plaque à crochets d'arrachement de 0,8 mm	7005-08001-S
---	--------------

Vis stériles en option

Vis à corticale à verrouillage de 3,5 mm

Vis à corticale à verrouillage de 3,5 mm x 8 mm	COL-3080-S
Vis à corticale à verrouillage de 3,5 mm x 10 mm	COL-3100-S
Vis à corticale à verrouillage de 3,5 mm x 12 mm	COL-3120-S
Vis à corticale à verrouillage de 3,5 mm x 14 mm	COL-3140-S
Vis à corticale à verrouillage de 3,5 mm x 16 mm	COL-3160-S
Vis à corticale à verrouillage de 3,5 mm x 18 mm	COL-3180-S

Vis à corticale de 3,5 mm

Vis à corticale de 3,5 mm x 10 mm	CO-3100-S
Vis à corticale de 3,5 mm x 12 mm	CO-3120-S
Vis à corticale de 3,5 mm x 14 mm	CO-3140-S
Vis à corticale de 3,5 mm x 16 mm	CO-3160-S
Vis à corticale de 3,5 mm x 18 mm	CO-3180-S

Vis pour plaque PRD d'extension Acu-Loc 2

Vis de liaison d'extension pour plaque PRD Acu-Loc 2	30-0093-S
--	-----------

Composants supplémentaires

Instruments

Gabarit radiographique dorsal supplémentaire Acu-Loc	90-0007
Gabarit radiographique PUD supplémentaire Acu-Loc	90-0014
Gabarit radiographique EX supplémentaire Acu-Loc	90-0015
Gabarit radiographique pour plaque PRD Acu-Loc 2	90-0030
Gabarit radiographique pour plaque PRD proximale Acu-Loc 2	90-0031
Gabarit radiographique pour plaque d'extension Acu-Loc 2	90-0032

Gabarit radiographique Acu-Loc 2 Frag-Loc®	90-0033
--	---------

Plateaux

Couvercle du coffret du système Acu-Loc® 2	80-0673
Base du coffret du système Acu-Loc® 2	80-0674
Couvercle du plateau de vis longues de 2,3 mm	80-0826

Informations de commande [suite]

Plaques d'essai			
Plaques d'essai palmaires pour radius distal (PRD) Acu-Loc 2		Plaques d'essai Acu-Loc®	
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 Standard, gauche	71-0356	Plaque d'essai dorsale Acu-Loc® Standard, gauche	75-0055
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 Standard, droite	71-0357	Plaque d'essai dorsale Acu-Loc® Standard, droite	75-0056
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 Étroite, gauche	71-0358	Plaque d'essai dorsale Acu-Loc® Étroite, gauche	75-0057
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 Étroite, droite	71-0359	Plaque d'essai dorsale Acu-Loc® Étroite, droite	75-0058
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 Large, gauche	71-0360	Plaque d'essai EX Acu-Loc® standard	75-0063
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 Large, droite	71-0361	Plaque d'essai EX Acu-Loc® étroite	75-0064
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 Standard, longue, gauche	71-0368	Plaque d'essai PUD Acu-Loc® Standard, gauche	75-0045
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 Standard, longue, droite	71-0369	Plaque d'essai PUD Acu-Loc® Standard, droite	75-0046
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 Étroite, longue, gauche	71-0370	Plaque d'essai PUD Acu-Loc® Standard, gauche	75-0047
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 Étroite, longue, droite	71-0371	Plaque d'essai PUD Acu-Loc® Standard, droite	75-0048
Plaques d'essai palmaires pour radius distal (PRD) proximales Acu-Loc 2		Plaques d'essai spécifiques pour fragments du radius distal (SFRD)	
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 proximale Standard, longue, gauche	71-0372	Plaque d'essai pour styloïde radiale divergente	71-0331
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 proximale Standard, longue, droite	71-0373	Plaque d'essai de suture palmaire pour lunatum	71-0334
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 proximale Étroite, longue, gauche	71-0382	Plaque d'essai de renfort pour rebord dorsal, droite	71-0335
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 proximale Étroite, longue, droite	71-0383	Plaque d'essai de renfort pour rebord dorsal, gauche	71-0336
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 proximale Standard, gauche	71-0350	Plaque d'essai dorsale pour lunatum, droite	71-0337
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 proximale Standard, droite	71-0351	Plaque d'essai dorsale pour lunatum, gauche	71-0338
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 proximale Étroite, gauche	71-0352	Plaques d'essai d'extension	
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 proximale Étroite, droite	71-0353	Plaque d'essai PRD d'extension Acu-Loc 2, neutre	71-0364
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 proximale Large, gauche	71-0354	Plaque d'essai PRD d'extension Acu-Loc 2 Longue, gauche	71-0365
Plaque d'essai PRD Acu-Loc 2 proximale Large, droite	71-0355	Plaque d'essai PRD d'extension Acu-Loc 2 Longue, droite	71-0366

Références

1. Geissler WB, Clark SM. Fragment-specific fixation for fractures of the distal radius. *J Wrist Surg.* 2016;5(1):22–30.
2. Shapiro L, Kamal, R. Distal radius fragment-specific fixation. *J Orthop Trauma.* 2019.



www.acumed.net

Acumed USA Campus
5885 NE Cornelius Pass Road
Hillsboro, OR 97124
+1 888 627 9957

OsteoMed USA Campus
3885 Arapaho Road
Addison, TX 75001
+1 800 456 7779

Acumed Iberica Campus
C. Proción, 1
Edificio Oficor
28023 Madrid, Espagne
+34 913 51 63 57

FRHNW00-06-B | Entrée en vigueur : 07/2024 | © 2024 Acumed® LLC

Ces documents contiennent des informations sur des produits qui peuvent ou non être disponibles dans un pays particulier ou qui peuvent être disponibles sous différentes marques dans différents pays. Les produits peuvent être approuvés ou autorisés par des organismes de réglementation gouvernementaux pour la vente ou l'utilisation avec des indications ou des restrictions différentes dans différents pays. L'utilisation des produits peut ne pas être approuvée dans tous les pays. Aucun élément contenu dans ces documents ne doit être interprété comme une promotion ou une sollicitation pour un produit ou pour l'utilisation d'un produit d'une manière particulière non autorisée par les lois et règlements du pays où se trouve le lecteur. Rien dans ces documents ne doit être interprété comme une représentation ou une garantie relative à l'efficacité ou la qualité d'un produit ou à la pertinence d'un produit pour traiter une condition spécifique. Les médecins peuvent adresser leurs questions sur la disponibilité et l'utilisation des produits décrits dans ces documents à leur distributeur Acumed agréé. Les questions spécifiques que les patients peuvent se poser sur l'utilisation des produits décrits dans ces documents ou sur leur adéquation à leur propre état doivent être adressées à leur propre médecin.

Se référer au mode d'emploi fourni pour connaître les indications, contre-indications, avertissements et mode d'emploi complets.

OsteoMed® LLC est une filiale détenue à 100 % par Acumed LLC.
OsteoMed® est une marque déposée d'OsteoMed LLC.

ExsoMed™ Corporation est une filiale détenue à 100 % par Acumed LLC.
ExsoMed™ est une marque déposée d'ExsoMed Corporation.

Acumed®, Acu-Loc® et Frag-Loc® sont des marques déposées d'Acumed LLC.