



CE 0426



Silktoe[®]

ARTROPLASTICA
ARTICOLAZIONE
**METATARSO-
FALANGEA DEL
PRIMO RAGGIO
(MTF1)**

TECNICA CHIRURGICA



INDICAZIONE CLINICA

Alluce rigido in stadio moderato o avanzato, che non abbia risposto adeguatamente ai trattamenti conservativi





GUIDA ALLA TECNICA CHIRURGICA

Il presente documento illustra in dettaglio la tecnica chirurgica raccomandata per il sistema SILKTOE, specificamente progettato per la correzione delle deformità ossee dell'avampiede.

Esso funge da risorsa formativa a supporto dei chirurghi qualificati al fine di garantire un'applicazione sicura ed efficace del sistema. Le seguenti linee guida sono fornite esclusivamente a scopo di riferimento.

Rimane di esclusiva responsabilità del chirurgo operante determinare l'adeguatezza di ciascuna procedura sulla base del proprio giudizio clinico professionale e della propria esperienza.

Per informazioni complete relative a indicazioni, controindicazioni, avvertenze e precauzioni, si prega di consultare le Istruzioni per l'uso (IFU) ufficiali fornite con il dispositivo.

STRUMENTARIO



BRDNPTHANDLE-QK Manico Silktoe attacco rapido



BRDNPTQK-TS Connettore rapido tipo-S

BRDNPTQK-TC Connettore rapido tipo-C



BRDNPTCG2030 Guida di taglio Silktoe 20-30

BRDNPTCG3535 Guida di taglio Silktoe 35

BRDNPTCG4050 Guida di taglio Silktoe 40-50

BRDNPTCGMASK Maschera per guida



BRDNPTI2030P-QK Impattatore rapido grommets metatarsale 20-30

BRDNPTI3535P-QK Impattatore rapido grommets metatarsale 35

BRDNPTI4050P-QK Impattatore rapido grommets metatarsale 40-50

BRDNPTI2030D-QK Impattatore rapido grommets falangeo 20-30

BRDNPTI3535D-QK Impattatore rapido grommets falangeo 35

BRDNPTI4050D-QK Impattatore rapido grommets falangeo 40-50



BRDNPTR2030P-QK Raspa rapida metatarsale Silktoe 20-30

BRDNPTR3535P-QK Raspa rapida metatarsale Silktoe 35

BRDNPTR4050P-QK Raspa rapida metatarsale Silktoe 40-50

BRDNPTR2030D-QK Raspa rapida falangea Silktoe 20-30

BRDNPTR3535D-QK Raspa rapida falangea Silktoe 35

BRDNPTR4050D-QK Raspa rapida falangea Silktoe 40-50



BRDNPTEST20L	Protesi di prova Silktoe 20 SX verde
---------------------	--------------------------------------

BRDNPTEST30L	Protesi di prova Silktoe 30 SX arancione
---------------------	--

BRDNPTEST35L	Protesi di prova Silktoe 35 SX gialla
---------------------	---------------------------------------

BRDNPTEST40L	Protesi di prova Silktoe 40 SX blu
---------------------	------------------------------------

BRDNPTEST50L	Protesi di prova Silktoe 50 SX rossa
---------------------	--------------------------------------

BRDNPTEST20R	Protesi di prova Silktoe 20 DX verde
---------------------	--------------------------------------

BRDNPTEST30R	Protesi di prova Silktoe 30 DX arancione
---------------------	--

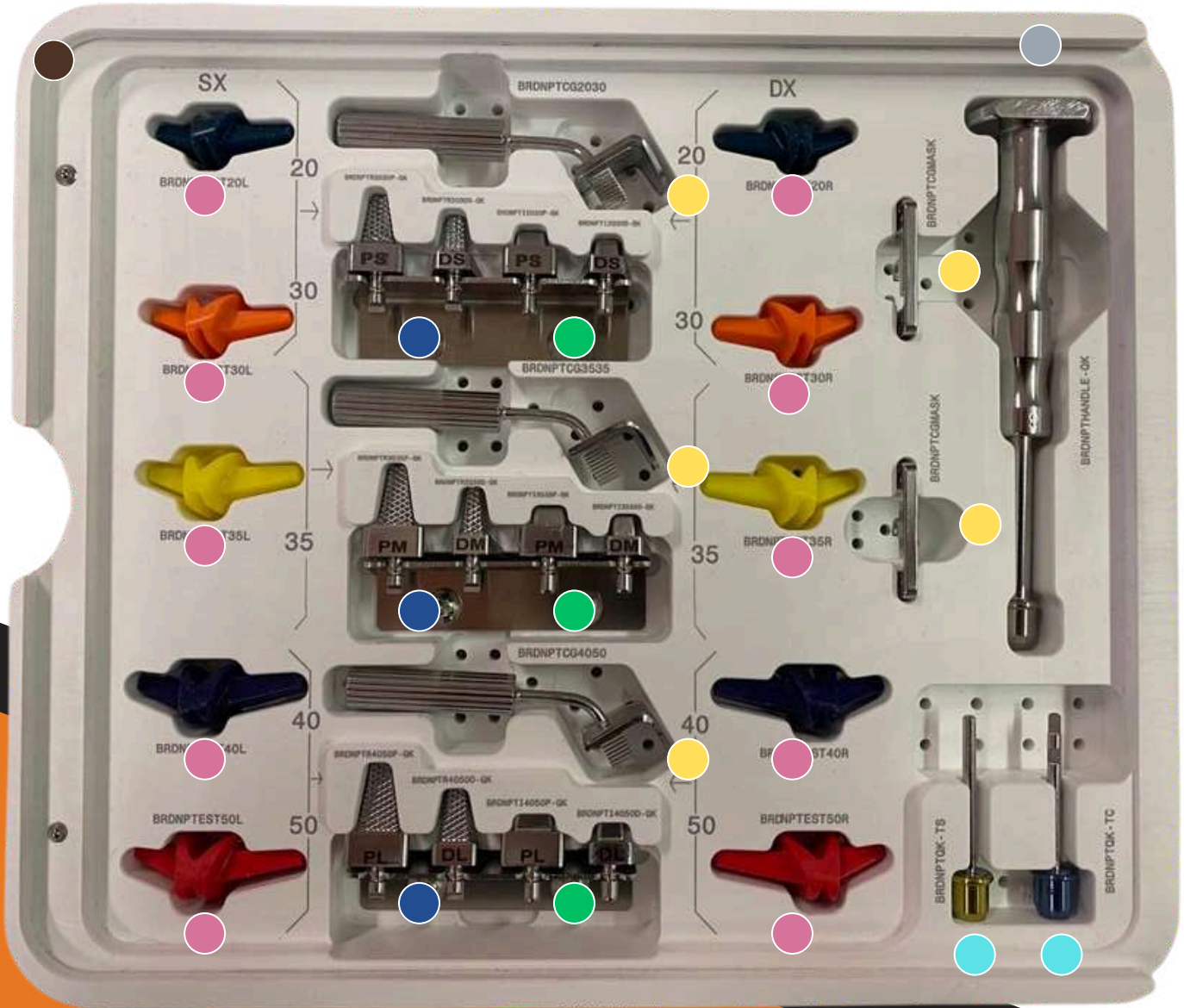
BRDNPTEST35R	Protesi di prova Silktoe 35 DX gialla
---------------------	---------------------------------------

BRDNPTEST40R	Protesi di prova Silktoe 40 DX blu
---------------------	------------------------------------

BRDNPTEST50R	Protesi di prova Silktoe 50 DX rossa
---------------------	--------------------------------------

BRDNEWPTSBOX-QK	Box sterilizzazione rapida Silktoe
------------------------	------------------------------------

KIT SILKTOE-QK





INCISIONE

Praticare un'incisione dorsale medialmente al tendine estensore lungo dell'alluce ed eseguire una capsulotomia a tutto spessore. Asportare le porzioni deformate ed iperostotiche, ora esposte, mediante ossivora e sega.

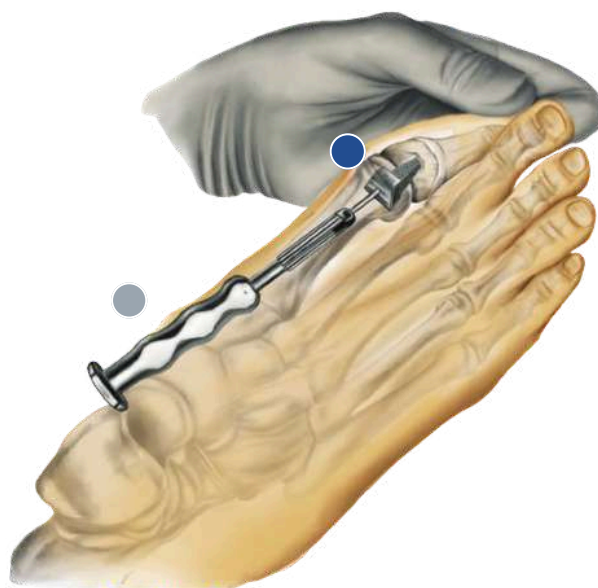
RESEZIONE SUPERFICI ARTICOLARI

Valutare la taglia del dispositivo da impiantare in base all'anatomia del paziente e selezionare la corrispondente guida di taglio tra le tre misure disponibili: 20-30, 35, 40-50. Verificare l'adeguatezza della guida selezionata posizionandola sull'articolazione e avendo cura di inserire l'aletta posta alla base della guida tra i due capi articolari. In caso di dubbio, procedere alla resezione partendo dalla taglia più piccola. Per poter procedere con una resezione ossea adeguata e sicura è importante fare aderire al meglio la guida con le porzioni ossee. A tale scopo, può essere necessario lavorare le superfici ossee dell'area dorsale e mediale dell'articolazione con una sega, in modo da renderle piane e garantire la massima stabilità tra guida e osso. È anche possibile ancorare la guida all'osso tramite l'aggiunta di una maschera da fissare con due fili di Kirschner per lato piegandoli al fine di ottenere la stabilità desiderata (il diametro massimo dei fili utilizzabili è 1,0 mm). Procedere quindi con la resezione economica delle superfici articolari metatarsale e falangea, utilizzando una lama di spessore 0,8 mm e facendo attenzione a non ledere il tendine del flessore breve dell'alluce nella zona plantare. Rimuovere le porzioni resecate e verificare che le superfici ottenute siano lisce e con un'inclinazione uniforme.

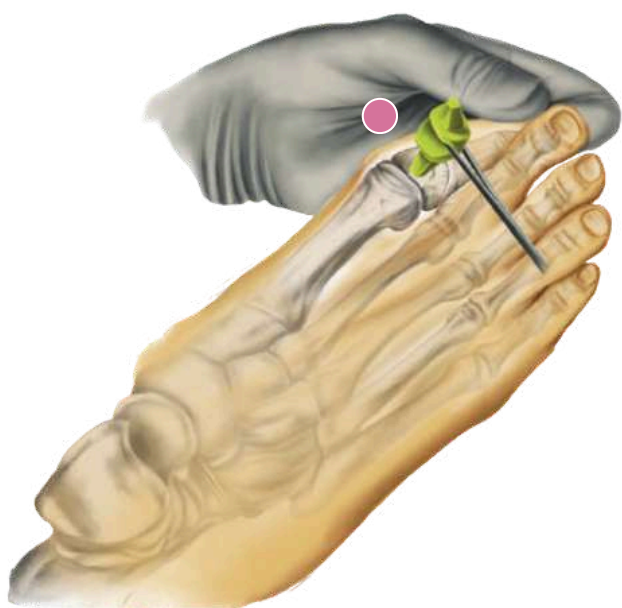


PREPARAZIONE CANALI MIDOLLARI

Utilizzare un puntale per individuare i canali midollari metatarsale e quello falangeo. Completare la preparazione del canale tramite l'utilizzo delle apposite raspe: la raspa a sezione rettangolare serve per la preparazione del canale metatarsale (Prossimale), mentre quella a sezione trapezoidale serve per la preparazione del canale falangeo (Distale). Montare la raspa della misura individuata (identificate dalle sigle PS, PM, PL, DS, DM o DL) direttamente sul manico, per l'utilizzo manuale, oppure sull'adattatore (Stryker giallo, Conmed-universale azzurro) per l'utilizzo motorizzato. Raspare i canali midollari facendo attenzione a mantenere paralleli il bordo superiore e quelli laterale e mediale della raspa con i corrispondenti bordi delle relative porzioni metatarsale e falangea, seguendo la direzione del canale midollare. Raspare fino a giungere al contatto completo dello strumento con le relative superfici metatarsale e falangea. È indifferente preparare prima il canale metatarsale o quello falangeo.

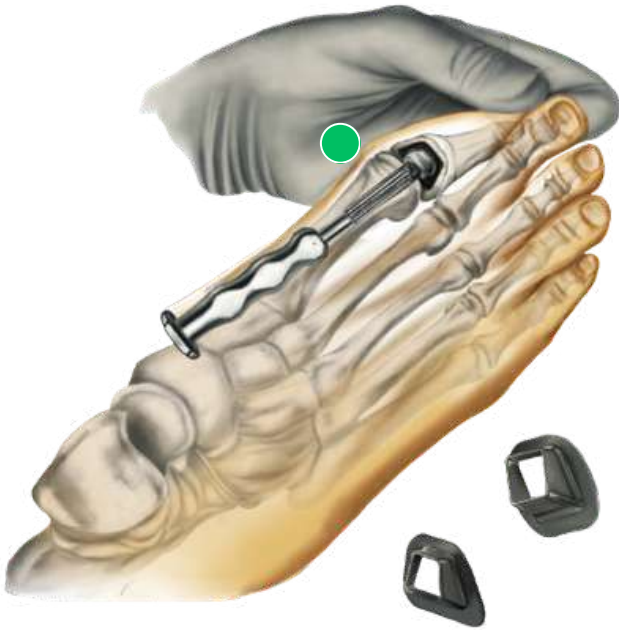


IDENTIFICAZIONE TAGLIA



Inserire lo spaziatore di prova, corrispondente alla misura della maschera di taglio adoperata, introducendo prima il fittone metatarsale (a sezione rettangolare) e poi quello falangeo (a sezione trapezoidale). Verificare la perfetta aderenza dello spaziatore alla superficie dei piani ossei resecati, verificare la mobilità e la stabilità dell'impianto.

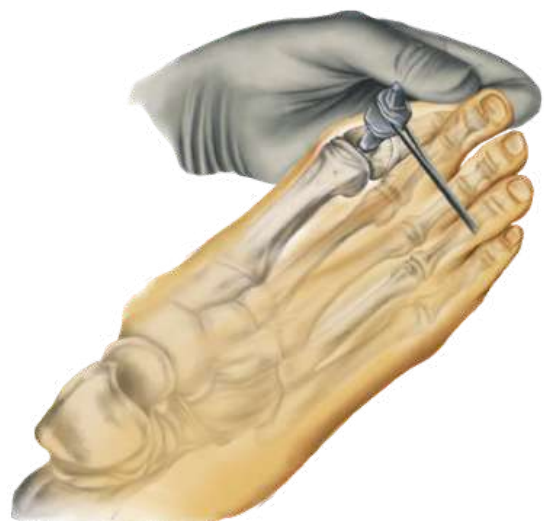
POSIZIONAMENTO DEI GROMMETS



Una volta stabilita la misura definitiva, aprire la confezione relativa all'impianto scelto ed estrarne gli anelli in titanio (grommet); lasciare invece lo spaziatore in silicone all'interno della sua busta. Inserire i grommet a "press fit" tramite gli appositi impattatori facendo attenzione a posizionare quello a sezione rettangolare (identificato dalle sigle PS, PM, PL a seconda della taglia) nella porzione metatarsale e quello trapezoidale (identificato dalle sigle DS, DM, DL a seconda della taglia) nella porzione falangea. Può essere utile in questa fase testare i grommet sullo spaziatore di prova per avere la certezza di posizionarli nelle porzioni ossee corrette. Portare i grommet in battuta con la relativa superficie ossea resecata. Qualora all'interno del canale si dovesse formare del residuo osseo in grado di interferire con i fittoni dello spaziatore, rimuoverlo con un cucchiaino di Volkmann.

IMPIANTO DEFINITIVO

Aprire la busta dello spaziatore siliconico e introdurre il dispositivo nell'area predisposta, avendo cura di inserire prima il fittone metatarsale (rettangolare) e poi quello falangeo (trapezoidale). Testare sia la mobilità che la stabilità dello stesso attraverso movimenti di flessione-estensione dell'alluce. È consigliabile in questa fase eseguire un controllo fluoroscopico intraoperatorio per la valutazione del posizionamento dei grommet e dell'impianto stesso.



SUTURA FINALE

Procedere con un'accurata sutura della capsula e dei piani sottocutaneo e cutaneo, medicazione e bendaggio elastocompressivo.



RIMOZIONE IMPIANTO

Praticare un'incisione dorsale dell'alluce (procedendo medialmente al tendine estensore lungo) ed eseguire una capsulotomia a tutto spessore. Rimuovere prima il componente siliconico, mediante l'aiuto di un porta-ago, e poi i grommet, mediante una pinza chirurgica. Se si dovesse incontrare resistenza nell'estrazione della componente metallica utilizzare un piccolo scalpello. Eseguire una revisione dell'impianto o un intervento di artrodesi a seconda dell'indicazione clinica più appropriata al caso e suturare nuovamente capsula e cute del paziente.





D I S T R I B U I T O D A :



**Brochure
Silktoe**

BRM EXTREMITIES Srl

Via Lorenzo Mascheroni 29
20145 Milano (MI) Italy
T +39 02 89415508
brm-extremities.com

Sede operativa

Via Privata ai Campi 7
23862 Civate (LC) Italy
T +39 0341 1693087
info@brm-extremities.com

TC-02A-001-A-IT-Rev00