



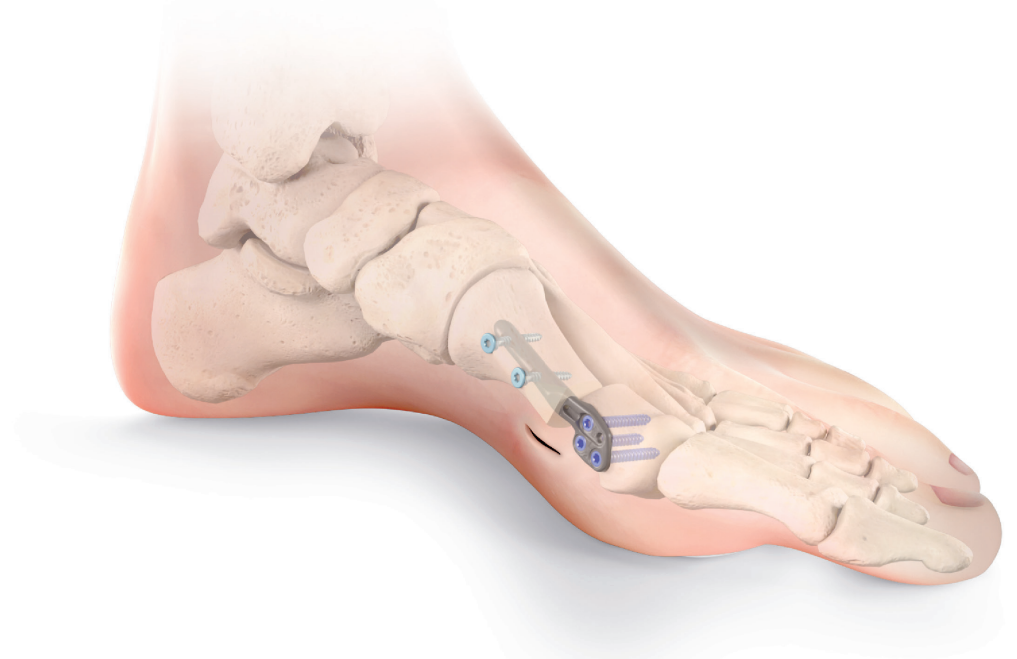
TECHNIQUE
OPÉRATOIRE

enovis™

CENTROLOCK®

CORRECTION 3D GUIDÉE

HALLUX VALGUS



INDICATIONS & CONTRE-INDICATIONS	3
CARACTÉRISTIQUES	5
TECHNIQUE CHIRURGICALE	9
RÉFÉRENCES	21

Novastep® S.A.S est un fabricant d'implants orthopédiques et ne pratique pas la médecine. Cette technique chirurgicale a été préparée en collaboration avec des professionnels de la santé agréés. Il incombe au chirurgien traitant de déterminer le traitement, la (les) technique(s) et le (les) produit(s) appropriés pour chaque patient.

Voir la notice pour la liste complète des effets indésirables potentiels, des contre-indications, des avertissements et des précautions.

Il est recommandé de suivre une formation avant d'effectuer sa première intervention chirurgicale. Tous les dispositifs non stériles doivent être nettoyés et stérilisés avant utilisation.

Les instruments à plusieurs composants doivent être démontés pour être nettoyés. Veuillez vous référer aux instructions de montage/démontage correspondantes, le cas échéant. N'oubliez pas que la compatibilité des différents systèmes de produits n'a pas été testée, sauf indication contraire dans l'étiquetage du produit.

Le chirurgien doit informer le patient de tous les risques pertinents, y compris de la durée de vie limitée du dispositif.

Certains implants/instruments ne sont pas disponibles sur tous les territoires. Pour plus d'informations, veuillez contacter votre représentant local.

INDICATIONS

Les systèmes plaque-vis d'ostéosynthèse sont indiqués pour l'Hallux Valgus

CONTRE-INDICATIONS

- Destruction osseuse ou mauvaise qualité osseuse susceptible d'affecter la stabilité de l'implant
- Hypersensibilité au vanadium et/ou à l'aluminium.

 **NOTE:** Les informations détaillées relatives à chaque dispositif médical figurent dans la notice d'utilisation. Se reporter à la notice pour une liste complète des effets secondaires, précautions d'emploi et instructions d'utilisation.

CORRECTION DE L'HALLUX VALGUS

OSTÉOTOMIE TRANSVERSE

Le Centrolock® vise à améliorer la fixation de l'ostéotomie du premier métatarsien (M1) dans le traitement de l'Hallux Valgus.

L'ostéotomie transversale offre des corrections efficaces en chirurgie de l'hallux valgus, avec une manipulation aisée dans le plan frontal. Associée à l'implant Centrolock®, elle permet une translation pouvant atteindre 100 % pour traiter les angles intermétatarsiens légers, modérés et sévères.

Les chirurgiens manipuleront les alignements plantaire, dorsal, longitudinal et rotatoire du premier rayon, en tirant parti d'un système qui permet la correction simultanée de ces composantes.

L'OSTÉOTOMIE TRANSVERSE DE L'HALLUX VALGUS PERMET DE CORRIGER

- La translation latérale
- L'alignement sagittal dorso-plantaire
- La rotation dans la plan frontal et horizontal
- L'ajustement de la longueur



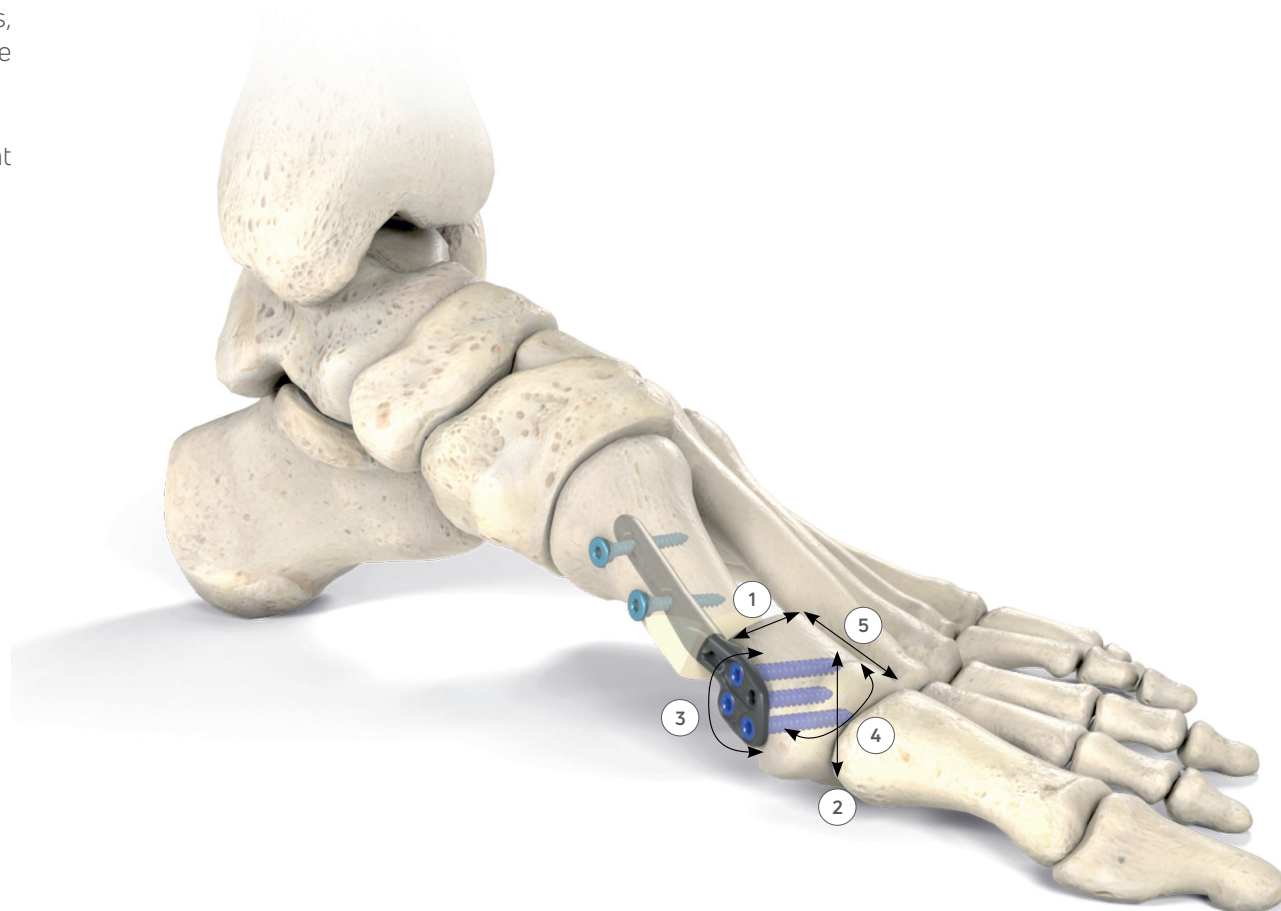
Le Centrolock® a été conçu pour permettre une correction 3D guidée de l'Hallux Valgus par une approche peu invasive.

Son design hybride innovant combine une tige canulée intramédullaire et une plaque fixée sur la tête du premier métatarsien. Les fortes déformations, souvent corrigées par une intervention du Lapidus, peuvent ainsi être traitées par une approche distale, guidée et peu invasive. Cet implant permet la correction de toutes les formes d'Hallux Valgus, qu'elles soient congénitales, juvéniles, acquises, légères, modérées, sévères ou associées à une arthrose.

Son instrumentation guidée assure un traitement alternatif de l'Hallux Valgus, sans fusion articulaire.

CORRECTION MULTI-PLANAIRE :

1. Translation latérale
2. Alignement sagittal Dorso-Plantaire
3. Rotation dans le plan frontal
4. Rotation dans le plan horizontal
5. Ajustement de la longueur



IMPLANT HYBRIDE INTRAMÉDULLAIRE

PLAQUE MÉTATARSIIENNE

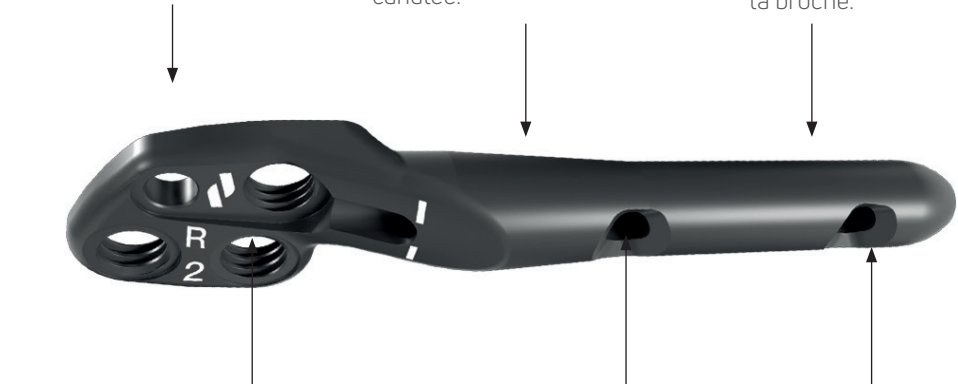
- 3 options de translation.
- Permet une translation jusqu'à 100%.

DESIGN HYBRIDE INTRAMÉDULLAIRE

Combine une plaque métatarsienne et une tige canulée.

TIGE CANULÉE

Positionnement guidé de l'implant, facilite la manipulation frontale autour de la broche.



FIXATION DISTALE

Des vis verrouillées Ø 2.5 mm permettent de fixer l'implant sur la tête métatarsienne.



FIXATION PROXIMALE

Des vis corticales Ø 2 mm sont implantées pour fixer la tige intramédullaire.

VIS PROXIMALE ANGULÉE

Angulation de 8° du logement de vis.



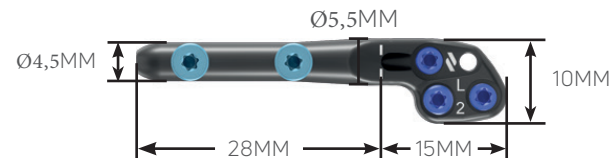
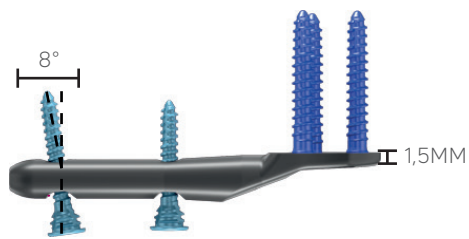
STEP 2MM



STEP 4MM



STEP 6MM



INSTRUMENTATION GUIDÉE

VISEUR COMPRESSEUR

TROU DE STABILISATION

Fixation provisoire de la broche Ø 2

GUIDE POUR VISEUR

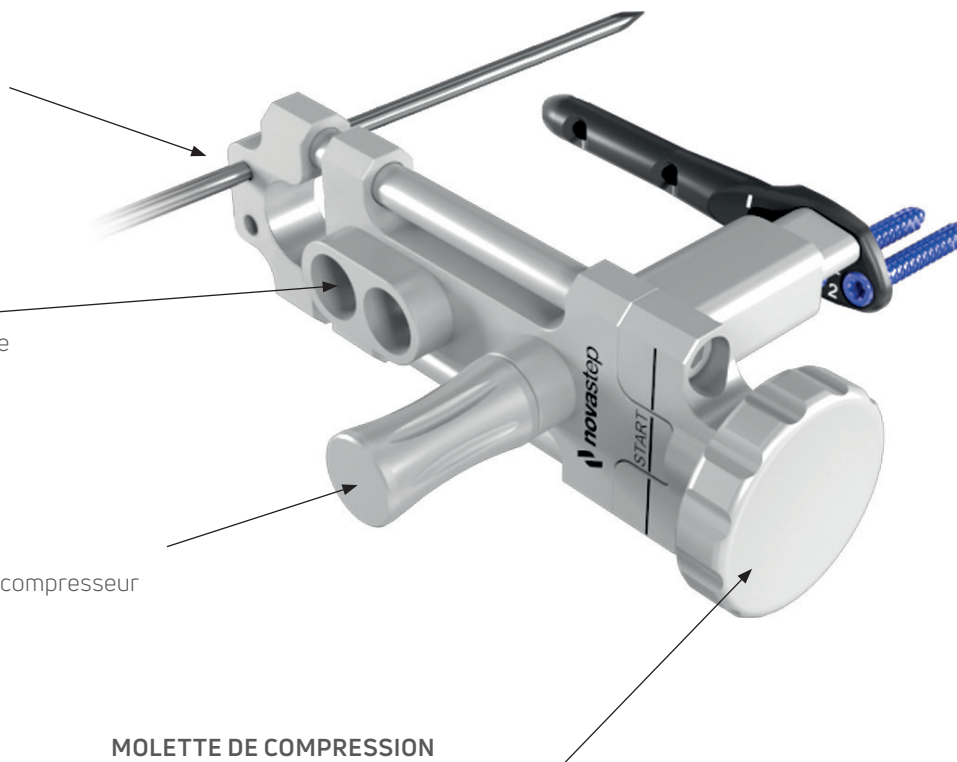
Assure une précision lors du perçage
et de la mise en place des vis
corticales en percutané

MOLETTE DE FIXATION

Permet la fixation du viseur-compresseur
à l'implant Centrolock®

MOLETTE DE COMPRESSION

Permet une compression avec un
déplacement jusqu'à 3mm pour assurer
le contact osseux entre les fragments



TECHNIQUE GUIDÉE

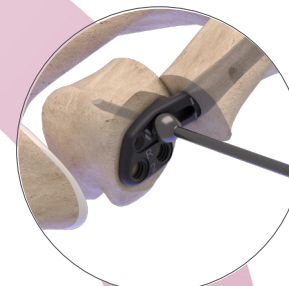
1. OSTÉOTOMIE TRANSVERSE

Correction multi-planaire guidée



2. POSITIONNEMENT DE L'IMPLANT

Correction de l'angle intermétatarsien & correction dans le plan sagittal



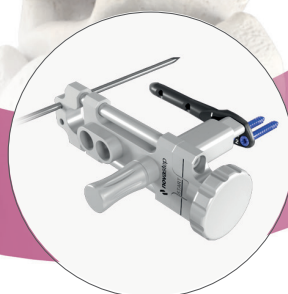
3. FIXATION DISTALE

Mise en place des vis verrouillées inférieures



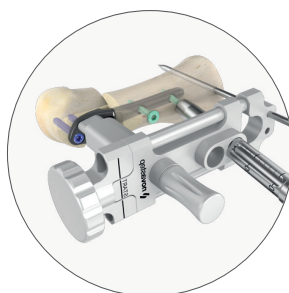
4. CORRECTION EN ROTATION

Alignement dans le plan frontal & compression



5. FIXATION PROXIMALE

Mise en place des vis corticales en percutané



1. OSTÉOTOMIE TRANSVERSE

1.1 INCISION & EXPOSITION

Le patient est positionné en supination. La fluoroscopie intra-opératoire est fortement recommandée. Une incision dorso-médiale longitudinale de 1.5 à 2.0 cm est réalisée au dessus de la tête du premier métatarsien. Le faisceau neurovasculaire est isolé et protégé. La capsule de l'articulation MTP est incisée selon la préférence du chirurgien, pour exposer l'éminence du premier métatarsien (**FIGURE 1**).



FIGURE 1

1.2 RÉSECTION DE L'ÉMINENCE MÉDIALE

La résection de l'éminence médiale est une étape importante de la procédure car cela influe sur la translation latérale et la rotation de la tête de M1 dans le plan transverse et frontal. En réséquant le plus petit fragment d'os possible, l'implant pourra réaliser une translation latérale de la tête de M1 plus importante et ainsi réduire l'angle inter-métatarsien.

NOTE: Réséquer la plus petite quantité d'os nécessaire afin de permettre une plus grande translation latérale de la tête du premier métatarsien, réduisant ainsi l'angle intermétatarsien et limitant le risque d'hallux varus.

Une exostosectomie conservatrice alignée avec l'axe cortical médial de la diaphyse du premier métatarsien permet d'éviter un DMAA inversé. Pour optimiser la dérotation de la tête métatarsienne, une évaluation peropératoire du DMAA et de la pronation du premier métatarsien est essentielle. L'orientation de l'exostosectomie et de l'ostéotomie métatarsienne doit être adaptée à la correction souhaitée du DMAA (**FIGURE 2**).

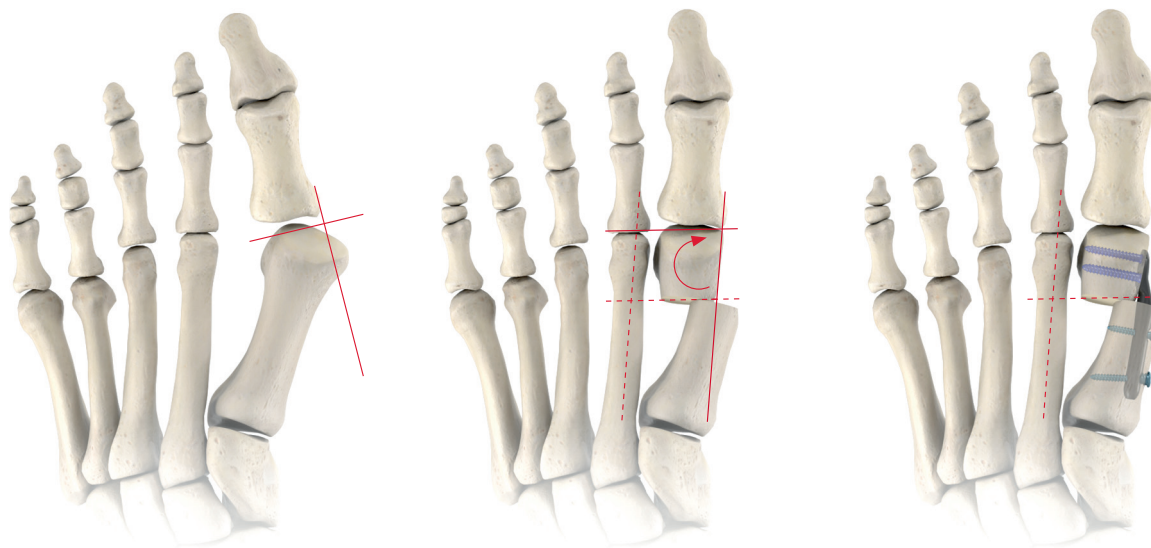


FIGURE 2

1.3 OSTÉOTOMIE

La libération des tissus mous peut être réalisée aussi bien en percutané, par une seconde incision au dessus du premier espace du métatarsien, que par une approche trans-articulaire médiale.

Couper horizontalement le ligament suspenseur métatarso-sésamoïdien latéral. Le ligament collatéral latéral et la partie latérale du tendon du muscle extenseur commun sont préservés pour prévenir l'hallux varus iatrogénique.

L'ostéotomie doit être réalisée au niveau du col de M1, à la jonction métaphyso-diaphysaire, en proximal des sésamoïdes et du faisceau vasculaire plantaire du métatarsien.

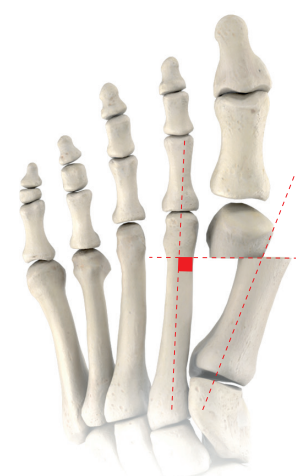
Positionner le calibre d'ostéotomie contre la tête du premier métatarsien, au niveau de la résection de l'éminence médiale. Placer la lame de scie au niveau du rebord inférieur du calibre (FIGURE 3). L'ostéotomie de type Kramer pour une translation latérale doit être réalisée perpendiculairement à l'axe de M2 (translation neutre), sauf en cas de nécessité d'un allongement ou d'un raccourcissement (FIGURE 4). Cette approche préserve le DMAA natif.



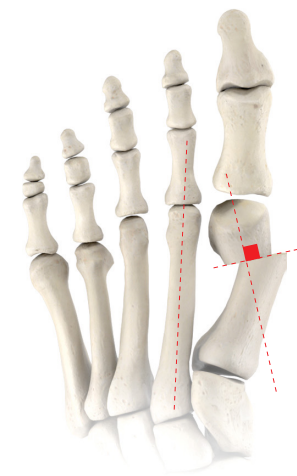
FIGURE 3



PRÉOPÉRATOIRE



EFFET NEUTRE



EFFET DE RACCOURCISSEMENT

NOTE: Des écarteurs de Hohmann peuvent être positionnés en dorsal et en plantaire sous-périosté afin de protéger le pédicule plantaire.

Si besoin, s'aider de la fluoroscopie pour vérifier la position de l'ostéotomie par rapport au placement du calibre.

Une fois que la position d'ostéotomie souhaitée a été confirmée, retirer le calibre en laissant la lame de scie en place puis réaliser l'ostéotomie transverse.

FIGURE 4

Il s'agit de l'**OPTION A** de mise en place de l'implant, sans utilisation d'une broche intramédullaire. Pour la mise en place de l'implant selon l'**OPTION B** (avec broche intramédullaire), reportez-vous aux pages 21 à 24.

2A. POSITIONNEMENT DE L'IMPLANT

2A.1 POSITIONNEMENT DE LA TÊTE MÉTATARSIEENNE

Utiliser le réducteur Centrolock® pour déplacer en latéral la tête du premier métatarsien. Le degré de correction nécessaire (step 2, 4 ou 6 mm) est déterminé en fonction de la tenségrité des tissus. La tension exercée peut être visualisée grâce à la position finale de la partie coudée du réducteur :

- Médial à l'axe de M1 : step 2 (offset de 2mm) (**FIGURE 5 A**)
- Parallèle à l'axe de M1 avec résistance des tissus : step 4 (offset de 4mm) (**FIGURE 5 B**)
- Latéral à l'axe de M1, sans résistance des tissus : step 6 (offset de 6mm) (**FIGURE 5 C**).

2A.2 PRÉPARATION INTRAMÉDULAIRE

Insérez le conformateur dans le métatarse. Il doit être strictement parallèle à l'axe de M1 afin d'être en appui contre le cortex médial.

Tournez-le doucement dans le sens inverse des aiguilles d'une montre pour compacter l'os et aléser un canal destiné à la tige intramédullaire de l'implant jusqu'à ce que le marquage laser noir se trouve au niveau de l'ostéotomie métatarsienne. (**FIGURE 6**).

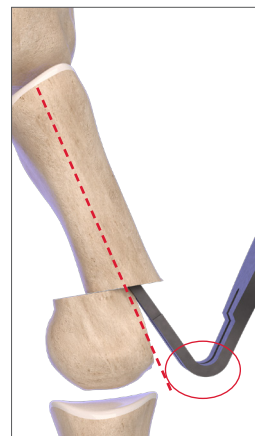


FIGURE 5 A

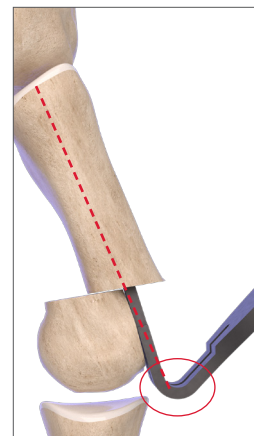


FIGURE 5 B

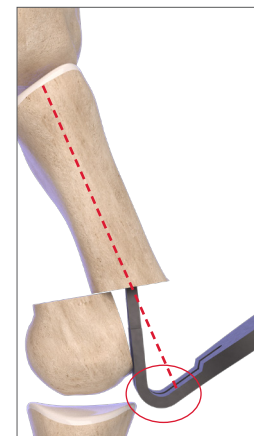


FIGURE 5 C

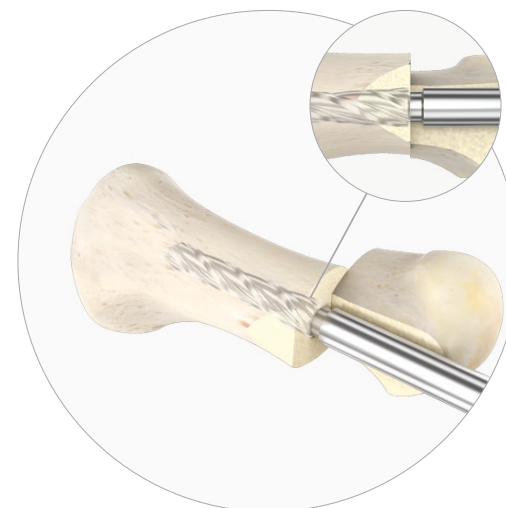


FIGURE 6

NOTE: Pour effectuer une dernière vérification de la correction latérale nécessaire, il est possible d'insérer l'implant d'essai du côté correspondant afin de déterminer si un implant avec un offset de 2, 4 ou 6 mm est requis. (FIGURE 7 A&B)

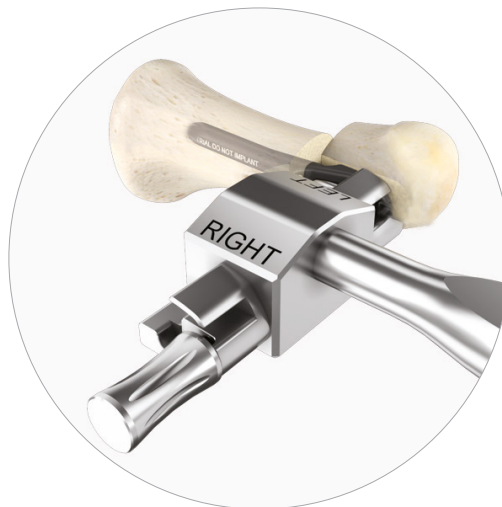


FIGURE 7 A

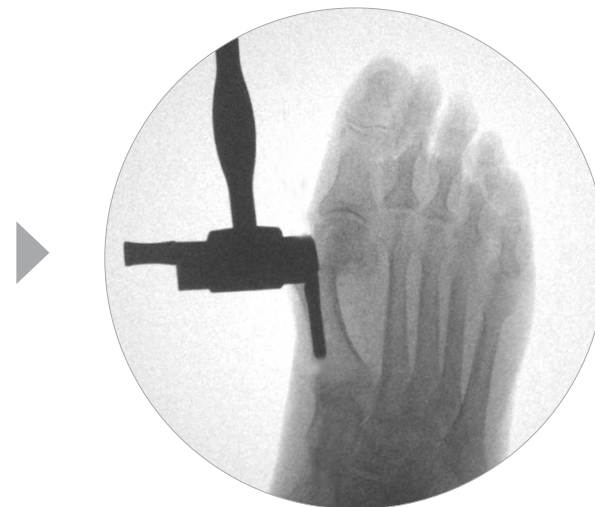


FIGURE 7 B

2A.3 INSERTION DE L'IMPLANT

Fixez l'implant choisi à l'impacteur, puis enfoncez-le jusqu'à ce que le repère laser figurant sur l'implant affleure l'ostéotomie du premier métatarsien (FIGURE 8). La position de l'implant dans le canal médullaire influe sur la position finale de la tête du premier métatarsien et dépend de la planification préopératoire, de l'anatomie individuelle et de la qualité osseuse.

NOTE: Mise en place de l'impacteur Centrolock®. L'impacteur Centrolock® est universel et peut être utilisé à la fois pour les implants droit et gauche, en dévissant la molette de l'impacteur pour la repositionner en fonction du côté opéré. (FIGURE 9)



FIGURE 8



FIGURE 9

NOTE: Il est important de s'assurer que la surface médiale de la tête de M1 soit en contact direct avec la plaque de l'implant. Si besoin, maintenir l'hallux en varus contre la broche.

NOTE: L'impacteur droit peut être utilisé pour impacter l'implant plus en proximal, si nécessaire.

Si nécessaire, la tête du premier métatarsien peut être translaturée en dorsal ou en plantaire à cette étape, pour corriger l'alignement dans le plan sagittal.

Une fois l'implant correctement inséré dans le fût de M1, et après confirmation à l'aide de la fluoroscopie si besoin, retirer l'impacteur en dévissant la molette. Stabiliser la position avec une broche de fixation temporaire, insérée dans un des trous de vis proximaux inférieurs. (FIGURE 10)

NOTE: Lors du positionnement de l'implant dans le plan sagittal, la rotation dans le plan frontal peut affecter la position dorso/plantaire.



FIGURE 10

3. FIXATION DISTALE

3.1 INSERTION DES VIS VERROUILLÉES INFÉRIEURES

L'implant comprend deux trous de vis verrouillées sur la partie inférieure de la plaque. Positionner le viseur Centrolock® pour vis verrouillées de Ø 2.5 mm dans le trou proximal, du côté plantaire de la plaque. Percer à l'aide du forêt Ø 1,8 mm. La longueur de vis nécessaire pourra être mesurée directement à travers le viseur ajouré (**FIGURE 11**).

Retirer le viseur Centrolock®. Insérer la vis verrouillée Ø2.5 mm uni-corticale avec le tournevis.

Retirer la broche de fixation temporaire et répéter ces étapes pour insérer la vis corticale inférieure distale (**FIGURE 12**).

ATTENTION: La vis verrouillée Ø 2,5 mm ne doit PAS être implantée dans le logement de vis verrouillée supérieur à cette étape de l'intervention.

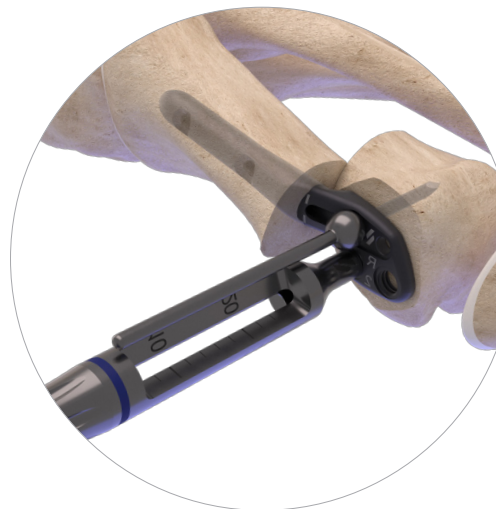


FIGURE 11



FIGURE 12

NOTE: Veiller à ce que la plaque de l'implant soit en contact avec la surface plane médiale de la tête de M1. Si ça n'est pas le cas, pousser l'hallux en varus contre la broche et maintenir cette position lors de la mise en place des vis (**FIGURE 13**).

Si vous avez utilisé une broche intramédullaire (option B de positionnement de l'implant), retirez-la.

NOTE: Si besoin, une jauge de profondeur est disponible pour mesurer la longueur de vis nécessaire. Retirer le viseur Centrolock® pour utiliser la jauge de profondeur (**FIGURE 14**).



FIGURE 13



FIGURE 14

4. RÉGLAGE DE LA ROTATION

4.1 POSITIONNEMENT FINAL DE LA TÊTE MÉTATARSIENNE

Mettre la molette du viseur compresseur Centrolock® en position START (traits alignés) (FIGURE 15).

Le viseur compresseur est ensuite positionné sur le logement de vis verrouillé supérieur de l'implant et sur le second logement prévu à cet effet, avant d'être fixé à l'aide de la molette de fixation. (FIGURE 16 A & B).

NOTE: L'utilisation d'une rugine ou d'une lame de scie peut être nécessaire pour réséquer le bord osseux médial, si une gêne est constatée avec le bord du viseur.



FIGURE 15

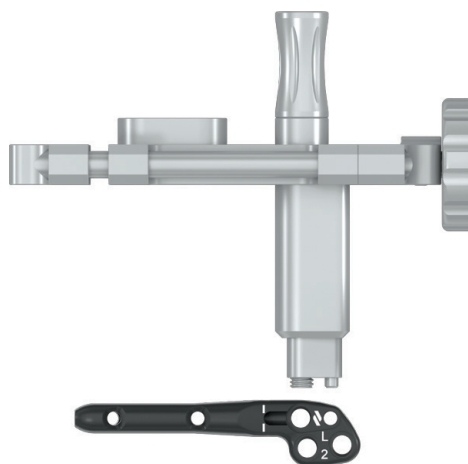


FIGURE 16 A

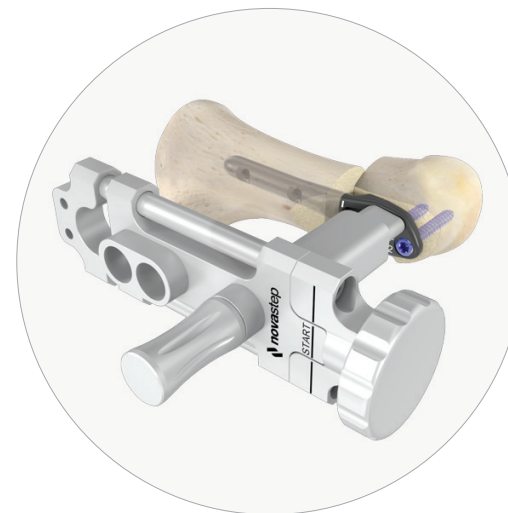


FIGURE 16 B

La rotation finale de la tête de M1 dans le plan frontal peut-être ajustée à cette étape. Une fois que le positionnement idéal est obtenu, une broche Ø 2.0mm est insérée de façon bi-corticale dans le logement du côté proximal du viseur compresseur (**FIGURE 17 A & B**).

4.2 RÉGLAGE DE LA COMPRESSION

Si une compression est souhaitée, tourner la molette de compression dans le sens des aiguilles d'une montre jusqu'à ce que le degré de compression désiré soit atteint. (**FIGURE 18**).

NOTE: Il est recommandé d'appliquer une compression afin de compenser l'ostéolyse secondaire qui survient au niveau du site d'ostéotomie.

Un maximum de 3 mm de compression peut être atteint avec le viseur compresseur. Attention à ne pas surcompresser, au risque de raccourcir le métatarsien ou provoquer un mauvais alignement de la tête du métatarsien.

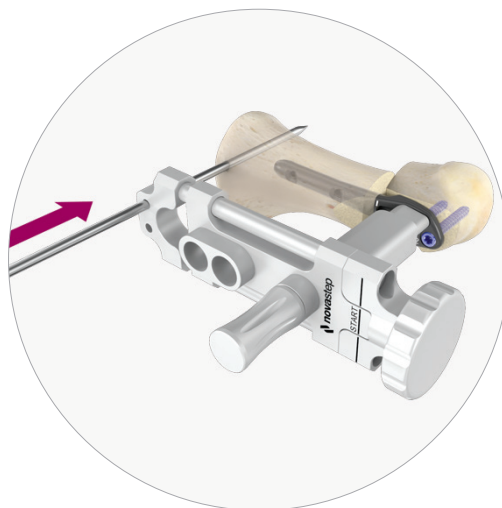


FIGURE 17 A



FIGURE 17 B

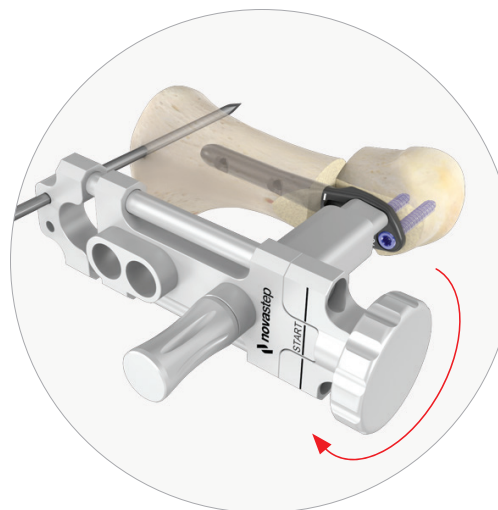


FIGURE 18

5. FIXATION PROXIMALE

5.1 INSERTION DES VIS CORTICALES

Ajuster la prono-supination avant de verrouiller la quille. Deux vis corticales de Ø 2 mm doivent être placées à travers la tige intramédullaire de l'implant pour maintenir le bon positionnement de l'implant. Insérer le viseur Centrolock® Ø 2 mm dans le logement distal du viseur compresseur. Une incision cutanée est faite, avant de percer à l'aide d'un foret de Ø 1.5 mm. La longueur de la vis peut être mesurée directement à travers le viseur ajouré. La fraise à chambrer est ensuite utilisée pour préparer la place de la tête de vis. La vis de Ø 2 mm choisie est implantée de façon bi-corticale avec le tournevis (**FIGURE 19 A & B**).

NOTE: La vis corticale de Ø 2 mm distale doit être insérée en premier afin de garantir une meilleure stabilité.

NOTE: Une jauge de profondeur est disponible pour mesurer la longueur de vis si besoin.

Retirer le viseur pour utiliser la jauge de profondeur. Après avoir lu la longueur, réinsérer le viseur pour visser la vis choisie avec le tournevis.

Répéter cette étape pour la vis corticale Ø 2 mm proximale (**FIGURE 20**).

Tourner la molette de compression dans le sens inverse des aiguilles d'une montre avant de retirer la broche. Retirer ensuite le viseur compresseur.

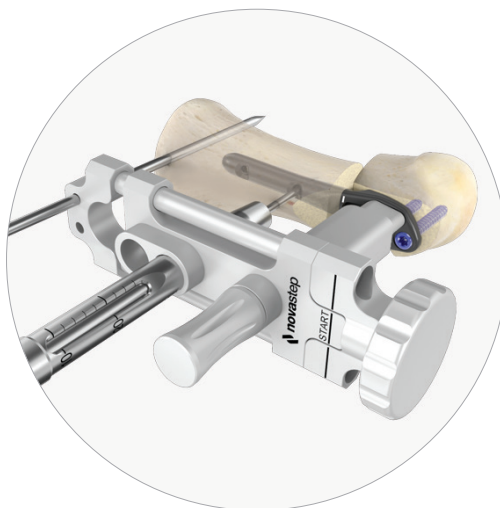


FIGURE 19 A

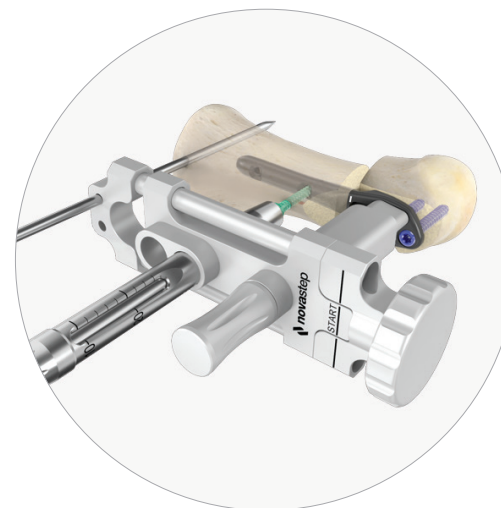


FIGURE 19 B

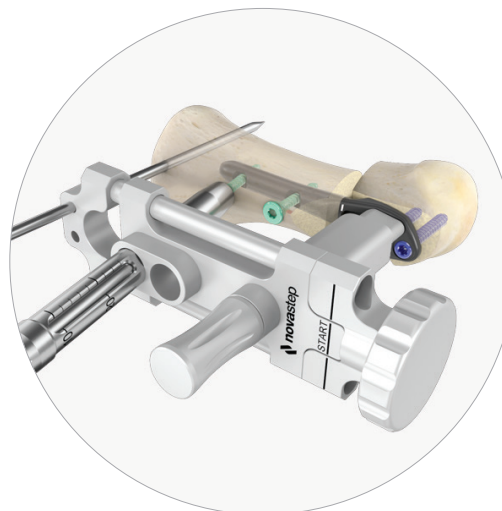


FIGURE 20

5.2 INSERTION DE LA TROISIÈME VIS VERROUILLÉE

Insérer la troisième vis verrouillée Ø 2.5 mm dans la tête de M1 à travers le logement de vis proximal supérieur de la plaque de l'implant, en suivant les étapes décrites préalablement (**FIGURE 21**).

5.3 RÉSECTION DE L'ÉMINENCE MÉDIALE

Si nécessaire, l'éminence médiale du premier rayon peut être réséquée dans un angle oblique si cette surface est trop proéminente (**FIGURE 22**).

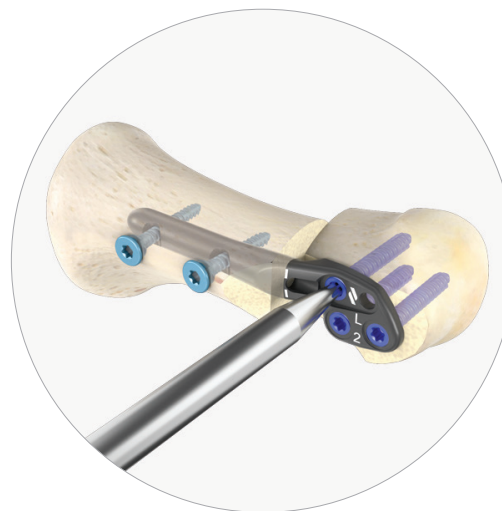


FIGURE 21



FIGURE 22

RADIOGRAPHIES



PRÉ-OPÉRATOIRE



POST-OPÉRATOIRE



IMPLANTATION FINALE À 3 MOIS

Il s'agit de l'**OPTION B** de mise en place de l'implant, avec utilisation d'une broche intramédullaire. Pour la mise en place de l'implant selon l'**OPTION A** (sans broche intramédullaire), reportez-vous aux pages 11 à 13.

2. POSITIONNEMENT DE L'IMPLANT

2.1 POSITIONNEMENT DE LA TÊTE MÉTATARSIENNE

Utiliser le réducteur Centrolock® pour déplacer en latéral la tête du premier métatarsien. Stabiliser temporairement avec une broche Ø 2 lg 150 mm. (**FIGURE 23**).

La broche doit être insérée en ciblant le coin proximal médial de M1 pour une translation optimale de la tête. Avancer la broche dans la partie sous-chondrale du premier métatarsien. (**FIGURE 24**).

S'aider de la fluoroscopie, de face et de profil, pour vérifier le bon positionnement de la première broche avant de retirer le réducteur. Laisser la broche en place. (**FIGURE 25**).

NOTE: Insérer la broche jusqu'à la première articulation métatarso-cunéiforme pour renforcer la stabilité du montage (**FIGURE 26**).



FIGURE 23



FIGURE 24



FIGURE 25



FIGURE 26

2.2 MISE EN PLACE DE LA JAUGE D'ESSAI

Utiliser la jauge d'essai pour valider le positionnement de la broche et la correction souhaitée.

Insérer la jauge d'essai droite ou gauche sur la broche Ø2 en fonction du degré de correction nécessaire (Step 2, 4 ou 6 mm) (**FIGURE 27**).

NOTE: La progression du conformateur doit se faire en douceur, en s'assurant de ne pas être trop proche du cortex pour éviter tout risque d'effraction corticale.



FIGURE 27

2.3 PRÉPARATION INTRAMÉDULAIRE

Insérer le conformateur sur la broche Ø2 en le tournant doucement pour préparer le canal pour la tige intramédullaire de l'implant. Enfoncer le conformateur au niveau de l'ostéotomie du premier métatarsien, jusqu'au marquage laser (**FIGURE 28**).

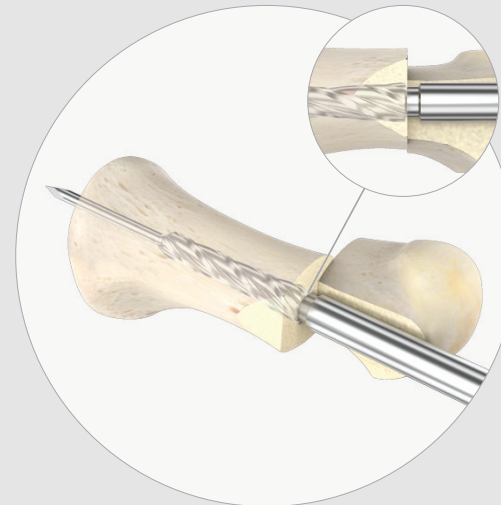


FIGURE 28

2.4 IMPLANTS D'ESSAI - CORRECTION LATÉRALE

Pour réaliser la correction latérale, associer l'implant d'essai droit ou gauche à l'impacteur et l'insérer sur la broche Ø 2 pour choisir l'implant nécessaire (Step 2, 4 ou 6 mm) (FIGURE 29 A & B).

NOTE: Mise en place de l'impacteur Centrolock®. L'impacteur Centrolock® est universel et peut être utilisé à la fois pour les implants droit et gauche, en dévissant la molette de l'impacteur pour la repositionner en fonction du côté opéré. (FIGURE 30)

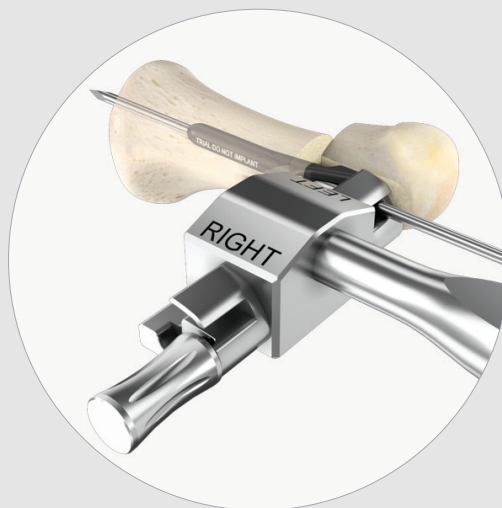


FIGURE 29 A



FIGURE 29 B



FIGURE 30

2.6 POSITIONNEMENT DE L'IMPLANT

Fixer l'impacteur sur l'implant définitif sélectionné. Insérer l'implant canulé sur la broche Ø 2. Impacter l'implant jusqu'à ce que le marquage laser de l'implant soit aligné avec l'ostéotomie. (FIGURE 31)

NOTE: Il est important de s'assurer que la surface médiale de la tête de M1 soit en contact direct avec la plaque de l'implant. Si besoin, maintenir l'hallux en varus contre la broche.

NOTE: L'impacteur droit peut être utilisé pour impacter l'implant plus en proximal, si nécessaire.

Une fois l'implant correctement inséré dans le fût de M1, et après confirmation à l'aide de la fluoroscopie si besoin, retirer l'impacteur en dévissant la molette.

Si nécessaire, la tête du premier métatarsien peut être translatée en dorsal ou en plantaire à cette étape, pour corriger l'alignement dans le plan sagittal. Stabiliser la position avec une broche de fixation temporaire, insérée dans un des trous de vis proximaux inférieurs. Si besoin, maintenir l'hallux en varus contre la broche afin de faciliter cette étape. (FIGURE 32)

NOTE: Lors du positionnement de l'implant dans le plan sagittal, la rotation dans le plan frontal peut affecter la position dorso/plantaire.



FIGURE 31



FIGURE 32

IMPLANT CENTROLOCK® – DROIT

RÉF	STEP (mm)
PL070102	2 mm
PL070104	4 mm
PL070106	6 mm

IMPLANT CENTROLOCK® – GAUCHE

RÉF	STEP (mm)
PL070202	2 mm
PL070204	4 mm
PL070206	6 mm

VIS VERROUILLÉE CENTROLOCK®

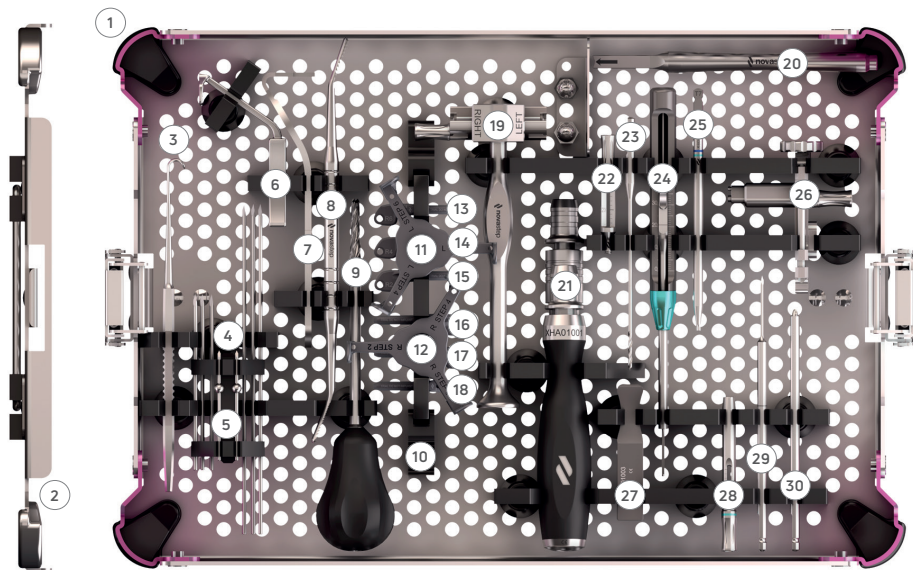
RÉF	LONGUEUR (mm)
SP012510*	10 mm*
SP012512	12 mm
SP012514	14 mm
SP012516	16 mm
SP012518	18 mm
SP012520	20 mm
SP012522	22 mm
SP012524*	24 mm*
SP012526*	26 mm*

* SUR DEMANDE

VIS CORTICALE CENTROLOCK®

RÉF	LONGUEUR (mm)
SP032012	12 mm
SP032014	14 mm
SP032016	16 mm
SP032018	18 mm
SP032020	20 mm
SP032022	22 mm
SP032024	24 mm

INSTRUMENTATION CENTROLOCK®



#	DÉSIGNATION	RÉF	QTÉ
1	BOITE	ACC1015P0001	1
2	COUVERCLE	ACC1015P0002	1
3	ÉCARTEUR	XMS01033	2
4	SUPPORT DE BROCHES	ACC1001P0020	1
-	BROCHE Ø2 LG 100 TR/RD ⁽¹⁾	-	4
-	BROCHE Ø2 LG 150 TR/RD ⁽²⁾	-	4
5	BROCHE DE POSITIONNEMENT SPHÉRIQUE	XPP01005	2
6	CALIBREUR D'OSTÉOTOMIE - DROIT	XMS01040-1	1
6	CALIBREUR D'OSTÉOTOMIE - GAUCHE	XMS01040-2	1
7	ÉLÉVATEUR	XMS01029	1
8	RÂPES PERCUTANÉES	XMS01009	1

#	DÉSIGNATION	RÉF	QTÉ
9	CONFORMATEUR	XRE01014	1
10	SUPPORT IMPLANT D'ESSAI	ACC1015P0003	1
11	JAUGE D'ESSAI - GAUCHE	XTI06010	1
12	JAUGE D'ESSAI - DROITE	XTI06020	1
13	IMPLANT D'ESSAI 2 mm - GAUCHE	XTI06012	1
14	IMPLANT D'ESSAI 4 mm - GAUCHE	XTI06014	1
15	IMPLANT D'ESSAI 6 mm - GAUCHE	XTI06016	1
16	IMPLANT D'ESSAI 2 mm - DROIT	XTI06022	1
17	IMPLANT D'ESSAI 4 mm - DROIT	XTI06024	1
18	IMPLANT D'ESSAI 6 mm - DROIT	XTI06026	1
19	IMPACTEUR	XMS01030	1
20	IMPACTEUR DROIT	XMS01036	1
21	MANCHE AO	XHA01001	1
22	WISEUR VERROUILLÉ POUR VIS Ø2,5	XDG01019	2
23	FORET Ø1,8	XDB01020	2
24	JAUGE DE PROFONDEUR	XGA01011	1
25	EMBOUIT AO T7	XSD01003	2
26	WISEUR COMPRESSEUR	XMS01026	1
27	MESUREUR DE VIS	XGA01003	1
28	WISEUR NON VERROUILLÉ POUR VIS Ø2	XDG01018	2
29	FORET Ø1,5	XDB01019	2
30	FRAISE À CHAMBRER	XRE01022	1

⁽¹⁾ Broche vendue séparément - Broche Medetechnik® (33-T10-R-20-100)

⁽²⁾ Broche vendue séparément - Broche Medetechnik® (33-T10-R-20-150)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

enovis.

T +33 (0) 2 99 33 86 50 F + 33 (0) 9 70 29 18 95

Fabricant : Novastep® S.A.S
2 Allée Jacques Frimot | 35000 Rennes | France
contact-intfa@enovis.com
www.int.novastep.life
Copyright © 2024 Enovis Foot and Ankle

*Avant toute utilisation des dispositifs Novastep, lire attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage de l'implant et des instruments associés.
Dispositifs marqués CE / Implants : Classe IIb-CE1639 / Instruments : Classe I-CE / Classe Ir-CE1639 / Classe IIa-CE1639.*

RÉFÉRENCE: CEN-ST-ED5-08-26-FR