

TO

TECHNIQUE
OPÉRATOIRE

enovis™

PECAPLASTY® WIRES FIRST™

CORRECTION PERCUTANÉE DE L'HALLUX VALGUS

HALLUX VALGUS



INDICATIONS & CONTRE-INDICATIONS	3
CARACTÉRISTIQUES	4
TECHNIQUE CHIRURGICALE	9
RÉFÉRENCES	23

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 vis d'ostéosynthèse sont indiquées pour le traitement de l'arthrose, l'hallux valgus, métatarsalgie, et autres défauts d'alignement osseux (pied creux, pied plat, défaut d'alignement dû à un traumatisme antérieur).

EXEMPLE D'UTILISATION

Traitement de l'Hallux Valgus par ostéotomies métatarsienne et phalangienne percutanées.

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, instruction d'utilisation.

CONTRE-INDICATIONS

- Déficiences musculaires, neurologiques ou vasculaires sévères affectant l'extrémité concernée.
- Destruction osseuse ou mauvaise qualité osseuse susceptible d'affecter la stabilité de l'implant.
- Hypersensibilité à un ou plusieurs composants.



Le système Pecaplasty® Wires First™ optimise la correction percutanée de l'hallux valgus en simplifiant l'une des étapes les plus techniques de l'intervention. Grâce à son positionnement aisé sur le pied, le guide Pecaplasty® Wires First™ permet une mise en place précise et reproductible des broches avant l'ostéotomie, ce qui favorise un déroulement homogène de l'intervention et facilite une approche chirurgicale contrôlée.

GUIDE DE POSITIONNEMENT

BROCHE DE RÉFÉRENCE

Inséré au niveau du site d'ostéotomie pour positionner correctement le guide et définir la trajectoire de la broche proximale

POSITIONNEMENT PARALLÈLE

Placement guidé des broches via les canons de visée

BROCHE DE RÉFÉRENCE - MOLETTE DE VERROUILLAGE

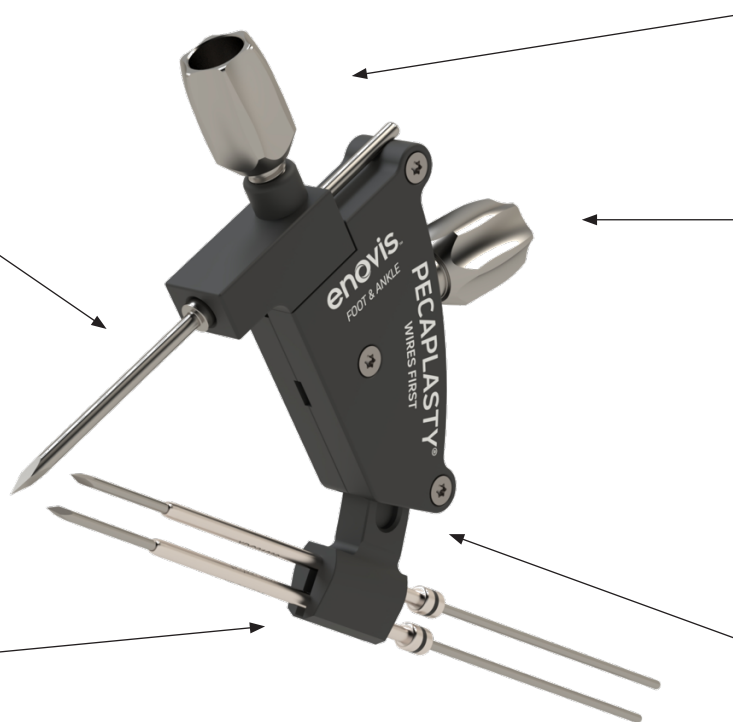
Verrouille la broche de référence en position

MOLETTE DE VERROUILLAGE

Fixe la position de l'arc après positionnement

ARC COULISSANT

Réglage de la position du point d'insertion des broches



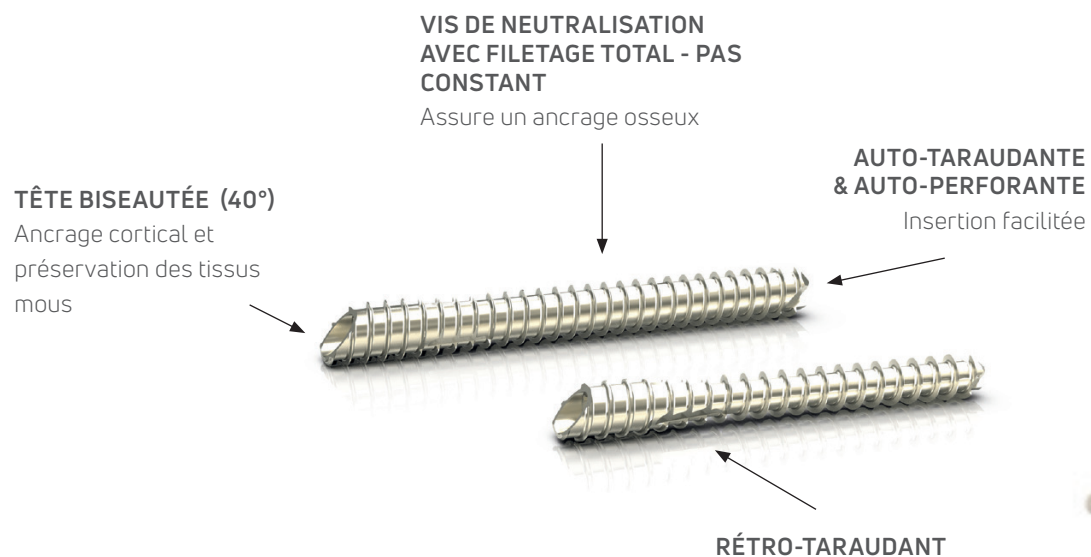
TRANSLATEUR DE TÊTE

OFFSET AJUSTABLE

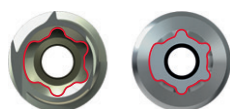
Positionnement ajustable en fonction des préférences du praticien.



1. PECA Ø3 & Ø4



EMPREINTE EXACT2-T



SPÉCIFIQUE

Permet le positionnement exact de la tête biseautée.

Le détrompeur permet le positionnement de l'embout du tournevis dans une position unique.

UNIVERSELLE

Permet le retrait avec une instrumentation standardisée.

CODE COULEUR DE L' INSTRUMENTATION

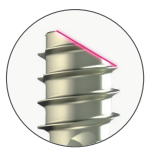


TOURNEVIS	Exact2-T10	Exact2-T15
LONGUEUR	16 - 48 mm	26 - 60 mm
BROCHE	Ø 1.2 mm	Ø 1.6 mm
FORET	Ø 2 mm	Ø 3.2 mm

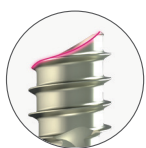
2. NEXIS® MIS Ø2.7

TÊTE SUR-BISEAUTÉE ELLIPTIQUE (30°)

Maximisation de l'ancrage cortical
et préservation des tissus mous

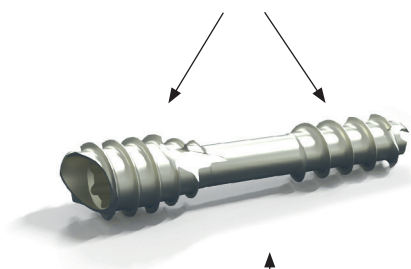


Permet une rotation angulaire
additionnelle qui préserve
l'enfouissement de la tête



DOUBLE FILETAGE PROFOND

Ancrage maximisé & compression



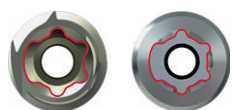
DOUBLE AUTO-TARAUDANT ELLIPTIQUE

AUTO-PERFORANTE & AUTO-TARAUDANTE :

Pointes pénétrantes
Insertion facilitée



EMPREINTE EXACT2-T



SPÉCIFIQUE

Permet le positionnement exact de la tête
biseautée.

Le détrompeur permet le positionnement de
l'embout du tournevis dans une position unique.

UNIVERSELLE

Permet le retrait avec une instrumentation
standardisée.

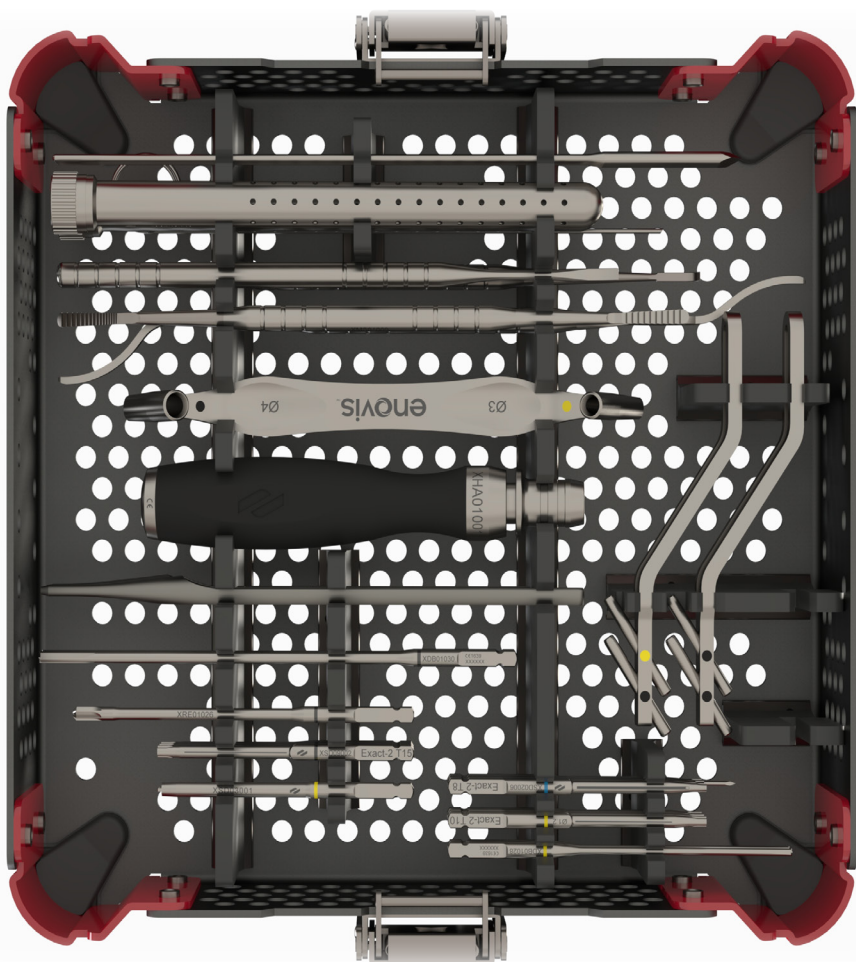
CODE COULEUR DE L' INSTRUMENTATION

Ø2.7
nexis

TOURNEVIS	Exact2-T8
LONGUEUR	14 - 30 mm
BROCHE	Ø 1,2 mm

INSTRUMENTATION PERCUTANÉE

L'ancillaire PECA® combine une instrumentation spécifique aux vis PECA® et une instrumentation percutanée pouvant être associées à des fraises percutanées stériles.



RÂPES PERCUTANÉES



RUGINE DOUBLE EMBOUT



RUGINE SIMPLE EMBOUT



LEVIER DE TRANSLATION DOUBLE
EMBOUT - OPTION



MANCHE DE BEAVER

FRAISES PERCUTANÉES STÉRILES

Disponibles en complément de la gamme PECA®.
Les fraises à usage unique permettent une résection
et un retrait précis des os sans endommager les
structures des tissus mous.



1. INSTALLATION DU PATIENT

L'intervention peut être réalisée avec ou sans utilisation d'un garrot, à la discrétion du chirurgien. Si un garrot est utilisé, une irrigation périodique doit être envisagée lors de l'utilisation des fraises percutanées afin de limiter les risques potentiels de lésion thermique des tissus mous ou de nécrose osseuse. Le garrot doit être positionné au-dessus de la cheville afin de ne pas gêner l'insertion des broches.

Le patient est placé en décubitus dorsal, la cheville du pied opéré reposant sur une cale ronde et le talon dans le vide pour pouvoir utiliser facilement l'amplificateur de brillance (**FIGURE 1**). La position de l'amplificateur est laissée à la discrétion du chirurgien.



FIGURE 1

2. IDENTIFICATION DES REPÈRES ANATOMIQUES CLÉS

Une fois le pied correctement préparé et drapé, identifiez et marquez les repères du rayon à l'aide de la palpation et/ou de la fluoroscopie.

Les repères clés à tracer comprennent la première articulation tarsométatarsienne, la première articulation métatarsophalangienne et la bissection longitudinale du premier métatarsien dans le plan sagittal : 1/3 dorsal et 2/3 plantaire (**FIGURE 2**). La broche de référence doit être placée le long de cette ligne.

Si vous envisagez une ostéotomie d'Akin, il peut également être utile de marquer la bissectrice longitudinale de la phalange proximale du gros orteil.

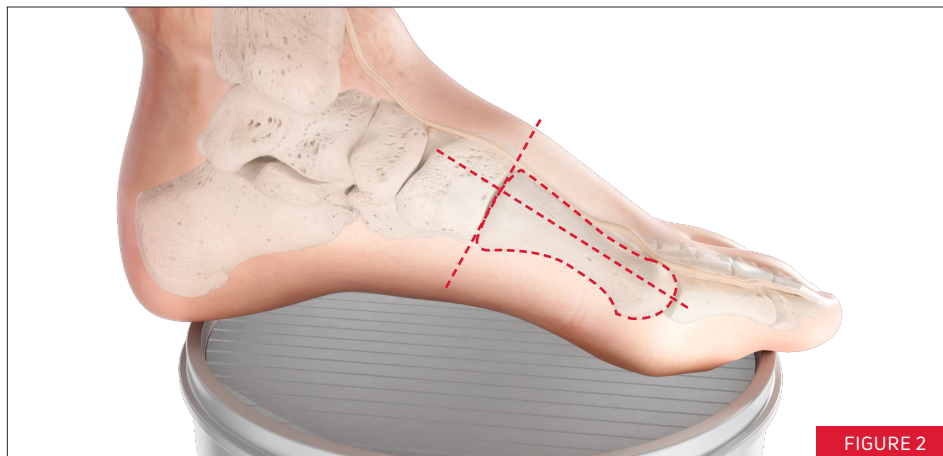


FIGURE 2

3. INCISION & PRÉPARATION PÉRIOSTALE

À l'aide d'une lame de type beaver ou d'un petit scalpel similaire, pratiquer une incision percutanée de 1 à 2 mm à travers la peau, le long de la ligne médiane du premier métatarsien, au niveau du site d'ostéotomie souhaité, qui doit de préférence se situer légèrement en proximal du complexe sésamoïdien à la base de l'exostose (**FIGURE 3**). Utiliser un décolleur périostal pour créer une chambre de travail au-dessus et en dessous du col métatarsien. Par l'incision, réaliser une incision verticale de la capsule à son insertion proximale au bord de la tête.

Afin de préserver l'irrigation sanguine de la tête métatarsienne, la capsule plantaire ne doit pas être décollée ni endommagée.

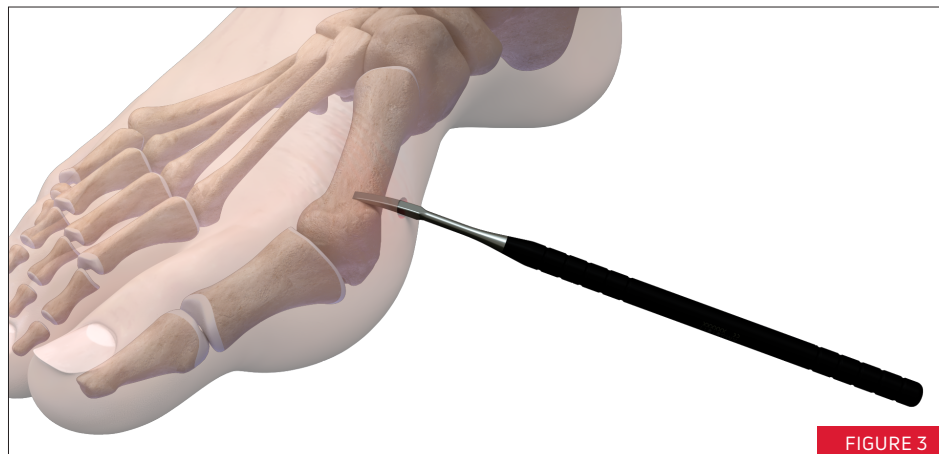


FIGURE 3

4. INSERTION DE LA BROCHE DE RÉFÉRENCE

A l'aide du moteur, insérer la broche de référence dans le métatarsien, à l'emplacement souhaité pour l'ostéotomie, en veillant à ce que le point d'entrée de la broche se situe au niveau du tiers dorsal du métatarsale dans le plan sagittal, avec une trajectoire parallèle au sol (voir p. 10). L'ostéotomie doit être pratiquée dans la partie distale du premier métatarsien, légèrement en proximal du complexe sésamoïdien à la base de l'exostose. (FIGURE 4 A&B)

La profondeur d'insertion de la broche de référence est déterminante pour la bonne mise en place des implants, car la trajectoire de la vis proximale-latérale croise l'extrémité de la broche de référence. Il est recommandé d'insérer la broche de référence jusqu'à ce que son extrémité soit alignée avec la face latérale du sésamoïde fibulaire ; toutefois, le chirurgien doit faire preuve de discernement en fonction du degré de l'hallux valgus et de toute autre considération anatomique.

NOTE : La broche de référence ne doit pas être enfoncée jusqu'à la demi sphère. Celle-ci sert de butée pour le guide.

Garder à l'esprit que la fraise Shannon de 2,2 mm x 22 mm enlève une plus grande largeur d'os qu'une lame de scie traditionnelle. Assurer une orientation et un angle de fraisage appropriés afin d'obtenir la longueur du premier rayon souhaitée après l'ostéotomie.



FIGURE 4A

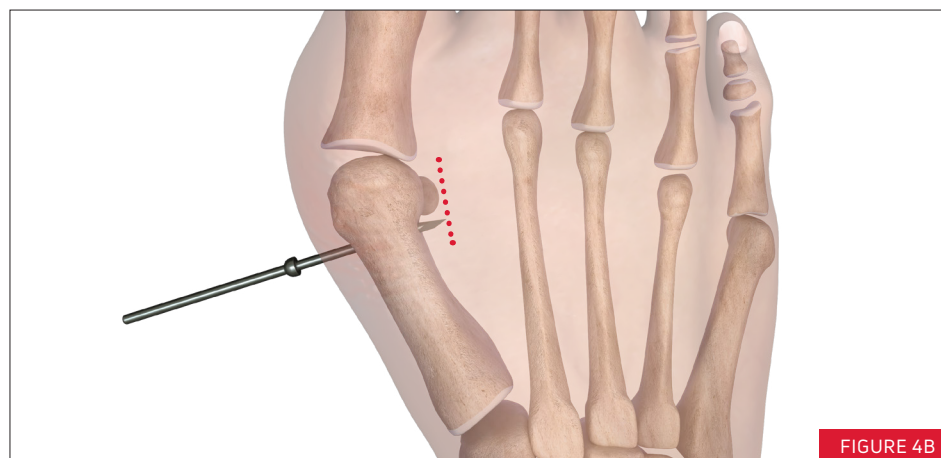


FIGURE 4B

5. PLACEMENT DU GUIDE

Positionner le guide Pecaplasty® Wires First™ sur la broche de référence jusqu'à ce qu'il soit en contact avec la demi sphère. Aligner le guide Pecaplasty® Wires First™ de manière à ce qu'il soit parallèle à la ligne médiane de la diaphyse métatarsienne, puis utilisez la molette de verrouillage distale pour fixer le guide à la broche de référence. Vérifier la position du premier métatarsien sur une radiographie de profil (**FIGURE 5**).

Déverrouiller la molette de verrouillage proximale pour déployer l'arc jusqu'à ce qu'il soit en contact avec la peau, puis la tourner dans le sens des aiguilles d'une montre pour verrouiller l'arc coulissant en extension une fois que le guide est dans la position appropriée.

Positionner le canon pour broche Ø1,6 mm dans le logement distal de l'arc jusqu'au contact avec la peau. Réaliser une incision percutanée et amener l'extrémité du canon au contact de l'os. Répéter l'étape pour l'insertion du canon proximal, en s'assurant qu'il soit dans le coin médio-proximal du métatarsien.

Réaliser un contrôle fluoroscopique pour confirmer que les canons sont en contact avec le métatarse et qu'ils indiquent la trajectoire de vis désirée. Ajuster la position de l'arc si nécessaire.



FIGURE 5

NOTE : Le canon pour broche de Ø1,6mm est recommandé dans le logement distal car une vis PECA® Ø4 confèrera une plus grande stabilité au montage.

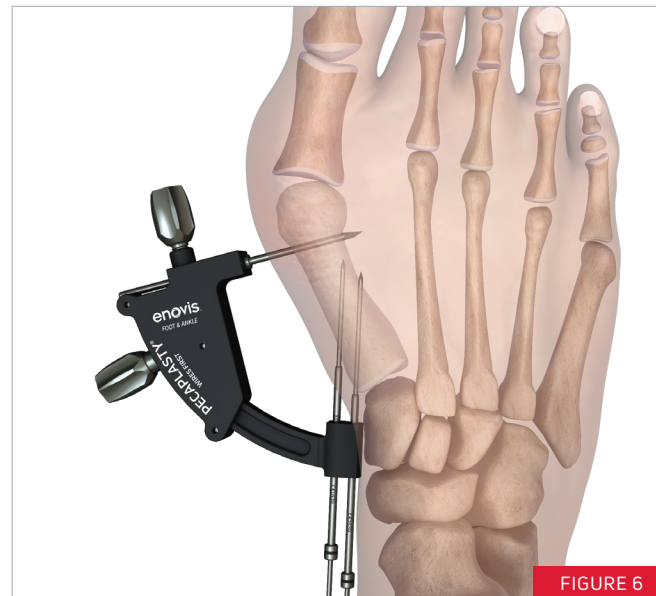
OPTION : Le canon pour broche de Ø1,2 mm (pour vis PECA® Ø3) pourrait être utilisée dans le logement proximal, notamment en cas de déformation légère ou de métatarsien de faible diamètre.

6. INSERTION DES BROCHES

Insérez les broches jusqu'à ce qu'elles entrent en contact avec le cortex latéral du métatarsien, sans toutefois le transpercer. Cela garantit la stabilité des broches jusqu'à ce que la fluoroscopie permette de confirmer leur position.

Si la trajectoire est satisfaisante sur les clichés fluoroscopiques AP et latéraux, faites avancer la broche proximale-latérale à travers le cortex latéral. La broche distale-médiale sera avancée lors d'une étape ultérieure afin de s'assurer qu'elle ne bloque pas la réduction de la tête métatarsienne. (FIGURE 6)

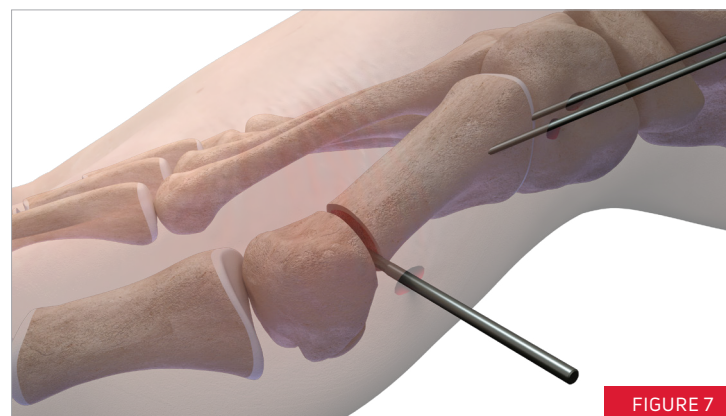
Enlever les canons de l'arc coulissant et détacher le guide Pecaplasty® Wires First™ de la broche de référence, puis enlever cette broche de référence.



7. OSTEOTOMIE ET CORRECTION

7.1 OSTEOTOMIE

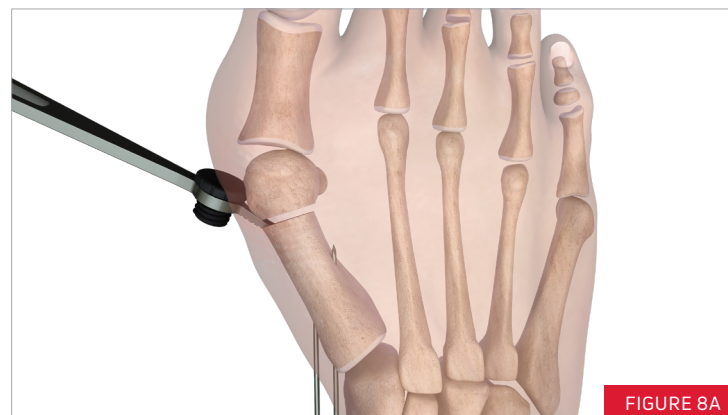
Insérer la fraise Shannon de 2,2 mm x 22 dans l'espace créé par la broche de référence et utiliser la fraise pour réaliser l'ostéotomie. (FIGURE 7)



7.2 TRANSLATION

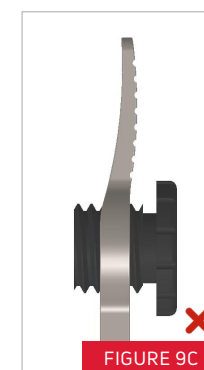
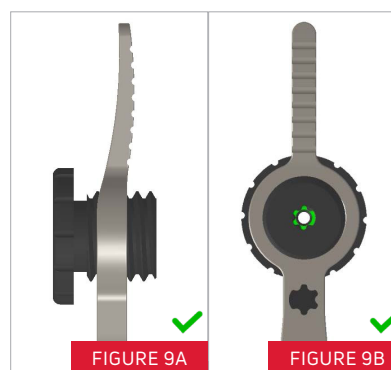
Utiliser le translateur de tête avec l'offset ajustable dans le canal intra-médullaire du métatarse pour translater la tête métatarsienne latéralement jusqu'à atteindre la position désirée, selon les clichés fluoroscopiques AP et latéraux. (FIGURE 8A&B)

⚠ ATTENTION : Évitez d'exercer une force excessive, car cela peut entraîner une fracture du cortex médial de la diaphyse métatarsienne, en particulier chez les patients présentant une ostéopénie ou une ostéoporose.



☰ NOTE: L'offset ajustable doit être positionné comme illustré dans la FIGURE 9A.

Son embout torx doit se trouver du même côté que le marquage laser du translateur de tête (FIGURE 9B).



8. PRÉPARATION OSSEUSE

8.1 MESURE DE LA VIS

Tout en maintenant la tête dans la position souhaitée, insérez d'abord la broche proximale-latérale, puis la broche distale-médiale, jusque dans la tête métatarsienne jusqu'à la profondeur de vis souhaitée. Vérifiez le positionnement des broches à l'aide d'une fluoroscopie AP et latérale. (FIGURE 10 A&B)

Mesurer la longueur de la vis souhaitée à l'aide du réglet sur la broche proximale (FIGURE 11). Soustraire environ 6 à 8 mm à la mesure pour déterminer la taille de la vis, afin de s'assurer qu'elle sera entièrement enfouie.

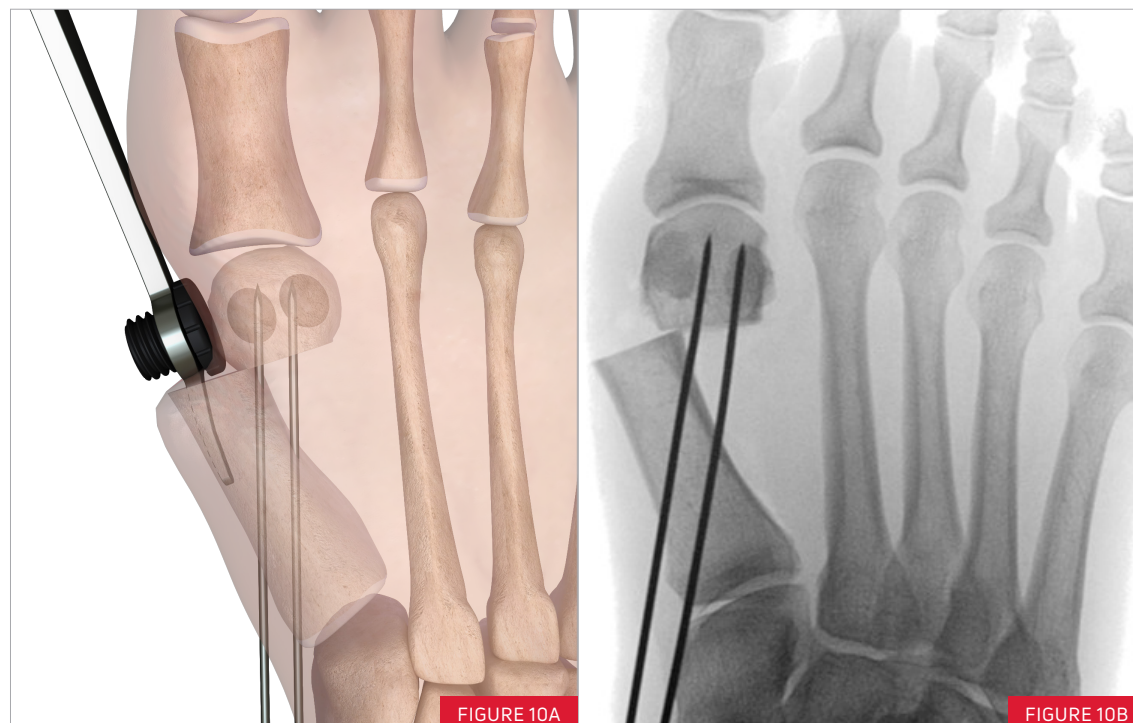


FIGURE 10A

FIGURE 10B

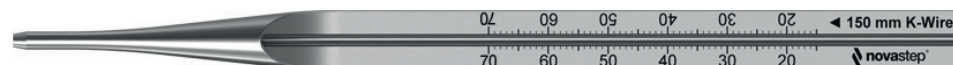


FIGURE 11

8.2 INSERTION DES VIS PECA®

Forer à l'aide du foret AO Ø 3,2. (FIGURE 12)

NOTE : Pour préserver les tissus mous, positionner le protecteur de tissu sur la broche avant de forer et d'insérer la vis.

ASTUCE : Forer depuis la corticale médiale et s'arrêter avant la corticale latérale du métatarsien. Veiller à ne pas retirer la broche lors du retrait du foret.

Introduire la vis PECA® Ø 4 sur la broche. Visser la vis à l'aide de l'embout AO Exact2-T15, au moteur ou manuellement en fonction de la qualité osseuse. Finir manuellement jusqu'à ce que la tête biseautée de la vis soit enfouie au niveau de la corticale médiale du métatarsien.

Grâce au détrompeur, le tournevis ne peut être introduit que dans une seule position. Le marquage laser du tournevis, parallèle à la tête biseautée de la vis et représentant la corticale médiale, permet de vérifier que le biseau est correctement positionné sans dépasser en fin d'insertion. (FIGURE 13)

Un contrôle fluoroscopique de profil permettra de vérifier le bon positionnement de la vis.



FIGURE 12

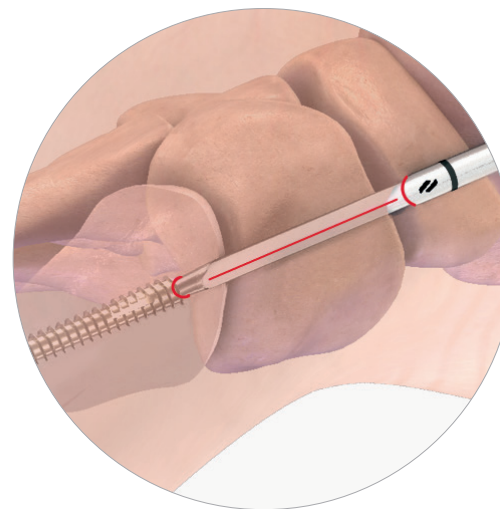


FIGURE 13

NOTE : Une vis PECA® Ø 4 est recommandée à cette étape. La broche de Ø 1,6 mm permettra un positionnement plus fiable, et le diamètre plus élevé de l'implant confèrera une plus grande stabilité au montage.

OPTION : Une vis PECA® Ø 3, avec sa broche de Ø 1,2 mm et le canon associé, pourrait être utilisée à cette étape, notamment en cas de déformation légère ou de métatarsien de faible diamètre.

Quand la vis PECA® proximale est insérée, choisir une vis PECA® distale 6 à 8 mm plus courte que la longueur mesurée pour assurer l'enfouissement de la vis (**FIGURE 14**).

Insérer la deuxième vis PECA® de la même façon que la première (**FIGURE 15**).

Réaliser des clichés fluoroscopiques AP, obliques et latéraux afin de vérifier que l'hallux valgus a été correctement corrigé et que les têtes d'implant ne sont pas saillantes ni ne pénètrent dans l'articulation métatarsophalangienne.



FIGURE 14

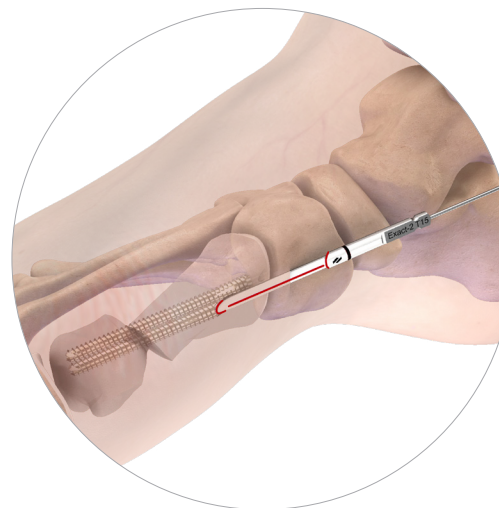


FIGURE 15

9. RÉSECTION OSSEUSE

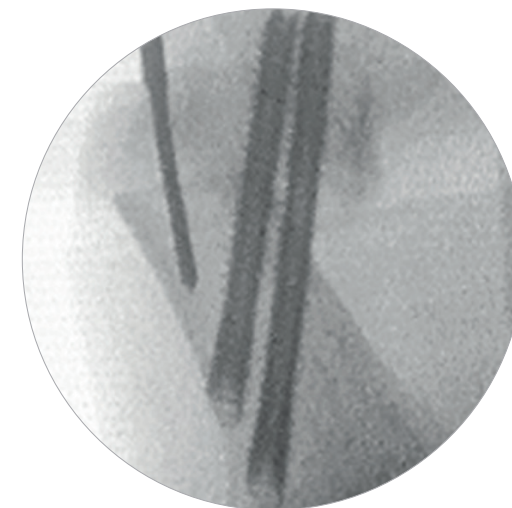
La proéminence proximale médiale du fragment proximal du premier métatarsien est retirée à l'aide d'une fraise Shannon de 2,2 Lg 22 mm soit à travers l'incision de l'implant PECA® proximal, du proximal vers le distal (**FIGURE 16, OPTION 1**), soit à travers l'incision d'ostéotomie, du distal vers le proximal (**FIGURE 16, OPTION 2**), à la discrétion du chirurgien. Insérer la fraise et couper l'os en dorsal puis en plantaire de l'intérieur vers l'extérieur.

ASTUCE : Le point d'entrée de la fraise Shannon pourra être réalisé en amont à l'aide d'une broche.

Si nécessaire, réséquer ensuite l'éminence dorso-médiale à l'aide de la fraise Wedge 3,1 Lg 13 mm, insérée par l'incision de l'ostéotomie (**FIGURE 17**).



OPTION 1



OPTION 2

FIGURE 16

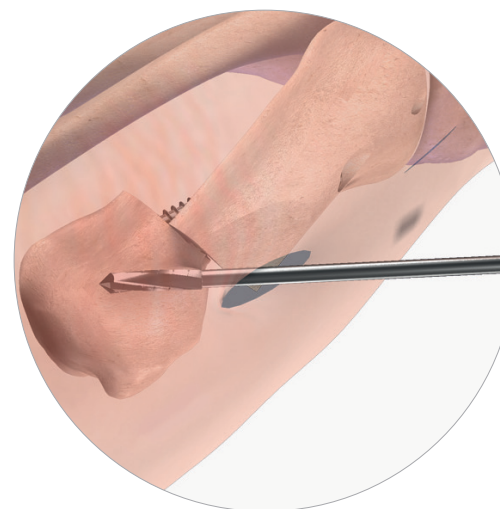


FIGURE 17

10. OSTÉOTOMIE D'AKIN

Si une déformation est présente après la correction du premier métatarsien, il est possible de réaliser une ostéotomie d'Akin.

10.1 INCISIONS

Deux incisions percutanées sont réalisées :

1. Ostéotomie d'Akin :

En médial, à la jonction métaphyso-diaphysaire de la phalange proximale (**FIGURE 18, 1**).

2. Insertion de la vis :

En médial, au niveau de l'articulation MTP (**FIGURE 18, 2**).

10.2 OSTÉOTOMIES

Sous contrôle fluoroscopique, utiliser la fraise Shannon Recta 2,0 Lg 12 mm, insérée par l'incision A1 (**FIGURE 19**). Une fois la fraise introduite au niveau de la corticale médiale, orienter la fraise en proximal en veillant à préserver la corticale latérale.

La coupe dorsale est réalisée en maintenant l'articulation interphalangienne de l'hallux en dorsiflexion pour éviter d'endommager le tendon du muscle long extenseur de l'hallux.

La coupe plantaire est réalisée en maintenant l'articulation interphalangienne de l'hallux en flexion plantaire pour éviter d'endommager le tendon du muscle long fléchisseur de l'hallux.

L'hallux est ensuite placé en varus pour corriger toute déformation en valgus résiduelle, et pour s'assurer que l'hallux n'est pas en contact avec le 2ème orteil.

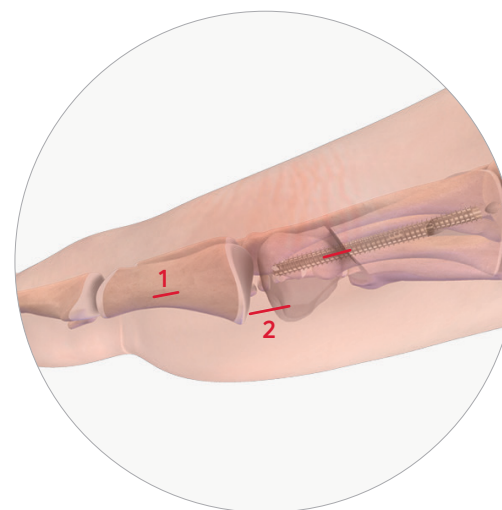


FIGURE 18

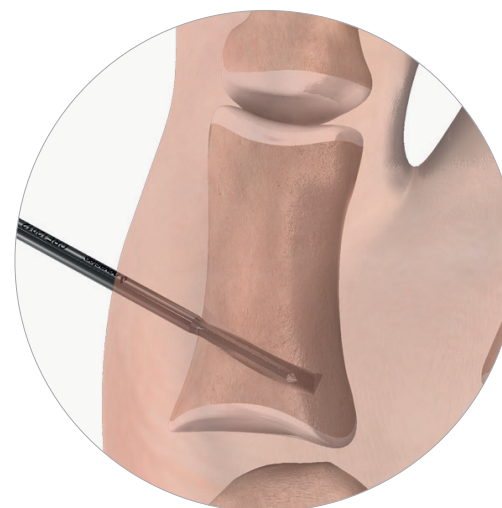


FIGURE 19

10.3 MISE EN PLACE DE LA VIS NEXIS® MIS

Insérer une broche de Ø 1,2 mm en percutané dans l'incision A2, depuis la base médiale de la première phalange en passant dans le site de l'ostéotomie d'Akin et à travers la corticale latérale distale.

Un contrôle fluoroscopique avec une vue de face et de profil permettra de vérifier le bon positionnement de la broche. (FIGURE 20)

Mesurer la longueur de la vis Nexis® MIS souhaitée à l'aide du régleur Nexis® / PECA®. Soustraire 2 à 4 mm à la mesure pour déterminer la taille de la vis, afin de s'assurer qu'elle sera entièrement enfouie.

Insérer la vis Nexis® MIS choisie et visser à l'aide de l'embout de tournevis Exact2-T8, au moteur ou manuellement en fonction de la qualité osseuse. Finir manuellement jusqu'à ce que la deuxième corticale soit atteinte. (FIGURE 21)

Un contrôle fluoroscopique avec une vue de face et de profil permettra de vérifier le bon positionnement de la vis.

OPTION : La vis PECA® Ø 3 peut également être utilisée pour cette étape. Dans ce cas, veiller à utiliser le tournevis Exact2-T10 associé.

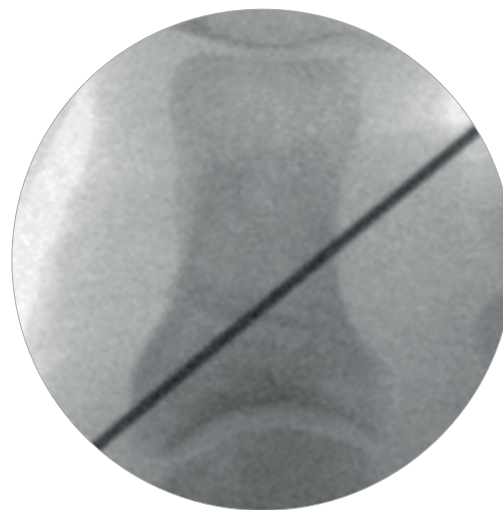


FIGURE 20

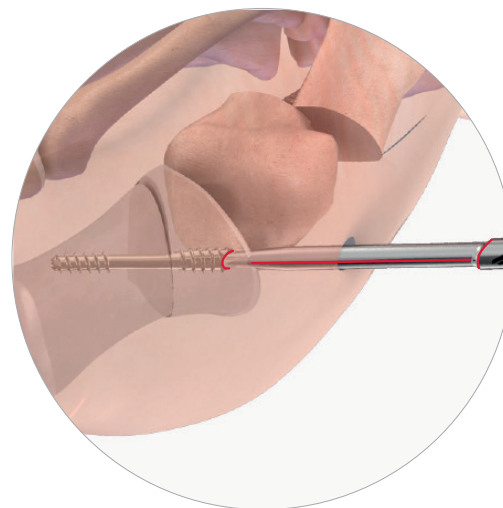


FIGURE 21

11. PROCEDURE COMPLETION

Vérifier avec une fluoroscopie que l'hallux valgus est correctement corrigé sur des vues AP et latérales. (FIGURE 22 A&B)

Les incisions peuvent être fermées avec les sutures ou les bandes stériles et habillées d'une couche non adhérente et d'une gaze de 4 x 4 pouces. Une bande molle ou de la laine est placée sur le pied et la cheville. Le tout est recouvert d'un pansement ACE (FIGURE 23 A&B). Ce pansement est laissé en place pendant deux à quatre semaines.



FIGURE 22A



FIGURE 22B



FIGURE 23A



FIGURE 23B

VIS

VIS POUR HALLUX VALGUS PECA®

LONGUEUR (mm)	PECA® Ø3mm	PECA® Ø4mm
16	PS070016	-
18	PS070018	-
20	PS070020	-
22	PS070022	-
24	PS070024	-
26	PS070026	PS060026
28	PS070028	PS060028
30	PS070030	PS060030
32	PS070032	PS060032
34	PS070034	PS060034
36	PS070036	PS060036
38	PS070038	PS060038
40	PS070040	PS060040
42	PS070042	PS060042
44	PS070044	PS060044
46	PS070046	PS060046
48	PS070048	PS060048
50	-	PS060050
52	-	PS060052
54	-	PS060054
56	-	PS060056
58	-	PS060058
60	-	PS060060

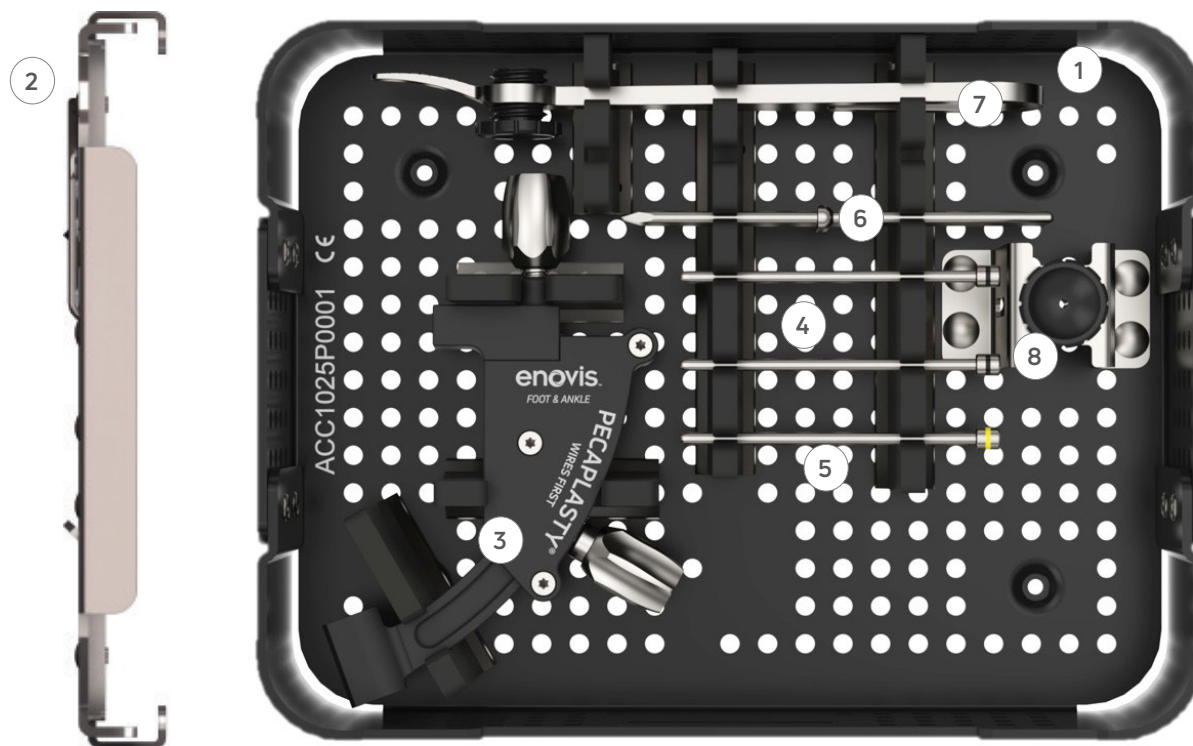
VIS COMPRESSIVE BISEAUTÉE NEXIS® MIS

LONGUEUR (mm)	NEXIS® Ø2,7mm
14	SC090014
16	SC090016
18	SC090018
20	SC090020
22	SC090022
24	SC090024
26	SC090026
28	SC090028
30	SC090030

FRAISES PERCUTANÉES

DESIGNATION	RÉFÉRENCE
SHANNON CORTA Ø2 LG 8	CRE12008
SHANNON RECTA Ø2 LG 12	CRE12012
SHANNON HELICAL Ø2 LG 12	CRE12212
SHANNON LONGA Ø2.2 LG 22	CRE12222
SHANNON LARGA Ø3 LG 20	CRE13020
SHANNON X-LARGA Ø3 LG 30	CRE13030
WEDGE Ø3.1 LG 13	CRE23113
WEDGE Ø4.1 LG 13	CRE24113

INSTRUMENTS

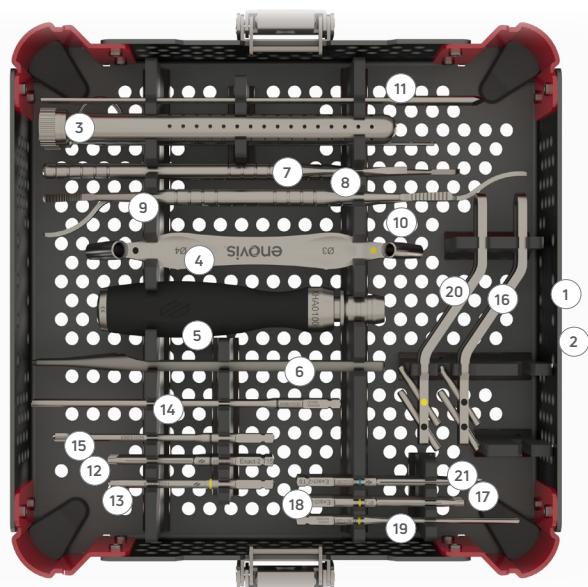


GUIDE VISEUR PECAPLASTY® WIRES FIRST™

#	DESIGNATION	RÉFÉRENCE	QTÉ
1	BOÎTE WIRES FIRST™	ACC1025P0001	1
2	COUVERCLE WIRES FIRST™	ACC1025P0002	1
3	GUIDE VISEUR 2.0 WIRES FIRST™	XMS01050	1
4	CANON POUR BROCHE PECA Ø4	XDG01036	2
5	CANON POUR BROCHE PECA Ø3	XDG01037	1
6	BROCHE DE POSITIONNEMENT ⁽¹⁾	CKW09001	1
7	TRANSLATEUR DE TÊTE	XMS01055-1	1
8	OFFSET AJUSTABLE	XMS01055-2	2

⁽¹⁾ La broche de positionnement est appelée broche de référence lors des étapes opératoires

INSTRUMENTATION VIS PECA® & VIS NEXIS® MIS



INSTRUMENTS UNIVERSELS

#	DÉSIGNATION	RÉFÉRENCE	QTÉ
1	BOITE	ACC1023P0001	1
2	COUVERCLE	ACC1023P0002	1
3	SUPPORT DE BROCHES	XMS01001 ⁽¹⁾	1
	BROCHE DE RÉDUCTION Ø3.5	CKW03001	5 ⁽²⁾
	BROCHE Ø1.2 LG 150 TR/RD	CKW01015 ⁽³⁾	5 ⁽²⁾
	BROCHE Ø1.6 LG 150 TR/RD	CKW01003 ⁽⁴⁾	8 ⁽²⁾
	BROCHE DE NETTOYAGE Ø0.9	XKW01001	1
	BROCHE DE NETTOYAGE Ø1.4	XKW01002	1
4	PROTECTEUR DE TISSU	XDG01033	1
5	MANCHE AO	XHA01001	1
6	RÉGLET LG 100/150	XGA01013	1

⁽¹⁾ Le type de support peut varier.

⁽²⁾ Quantité maximale du support de broche.

⁽³⁾ Broche vendue séparément - Broche Medetechnik® (33-T10-R-12-150) ou broche Novastep® (CKW01015) disponibles en fonction de votre marché.

⁽⁴⁾ Broche vendue séparément - Broche Medetechnik® (33-T10-R-16-150) ou broche Novastep® (CKW01003) disponibles en fonction de votre marché.

INSTRUMENTS PERCUTANÉS

#	DÉSIGNATION	RÉFÉRENCE	QTÉ
7	MANCHE DE BEAVER ⁽⁵⁾	-	1
8	RUGINE SIMPLE EMBOUT	XMS01011	1
9	RUGINE DOUBLE EMBOUT	XMS01008	1
10	RÂPES PERCUTANÉES	XMS01009	1
11	LEVIER DE TRANSLATION DOUBLE EMBOUT	XMS01027	OPTION

⁽⁵⁾ Référence vendue séparément - disponibilité en fonction de votre marché.

INSTRUMENTS PECA® Ø4

#	DÉSIGNATION	RÉFÉRENCE	QTÉ
12	EMBOUT AO EXACT2-T15	XSD09002	2
13	EMBOUT DE RETRAIT AO T15	XSD09001	OPTION
14	FORET AO Ø 3.2	XDB01030	2
15	FRAISE À CHAMBRER Ø 3.7	XRE01026	OPTION
16	GUIDE PARALLÈLE Ø 4 - Ø 4	XDG01034	OPTION

INSTRUMENTS PECA® Ø3

#	DÉSIGNATION	RÉFÉRENCE	QTÉ
17	EMBOUT AO EXACT2-T10	XSD10002	1
18	EMBOUT DE RETRAIT AO T10	XSD10001	OPTION
19	FORET AO Ø 2	XDB01028	2
20	GUIDE PARALLÈLE Ø 3 - Ø 4	XDG01035	OPTION

INSTRUMENTS NEXIS® MIS Ø2.7

#	DÉSIGNATION	RÉFÉRENCE	QTÉ
21	EMBOUT AO EXACT2-T8	XSD02006	2
	BROCHE Ø 1.2 LG 100 TR/RD ⁽⁵⁾	-	OPTION

⁽⁵⁾ Broche vendue séparément - Broche Medetechnik® (33-T10-R-12-100) ou broche Novastep® (CKW01014) disponibles en fonction de votre marché.

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: PECA-WF-ST-ED01-05-26-FR