

Técnica cirúrgica / Informação de produto

Cúpula CCB Anel de reforço para cobertura CCE



Utilização exclusiva por profissionais de saúde. A imagem ilustrada não representa uma ligação entre a utilização do dispositivo médico descrito e o seu desempenho.

Preservation in motion

*Fundada sobre a nossa tradição
Impulsionando o progresso tecnológico
Passo a passo com os nossos parceiros clínicos
Rumo ao objetivo de preservar a mobilidade*



Preservation in motion

Como empresa suíça, a Mathys está comprometida com este princípio orientador e procura um portfólio de produtos com o objetivo de um maior desenvolvimento das filosofias tradicionais no que respeita aos materiais ou ao design, para fazer face aos desafios clínicos existentes. Isto reflete-se na nossa imagética: atividades tradicionais suíças em conjunto com equipamento desportivo em constante evolução.

Índice

Introdução	4
1. Indicações e contraindicações	7
2. Planeamento pré-operatório	8
3. Técnica cirúrgica	12
3.1 Implantação e alinhamento da cúpula CCB	14
3.2 Inserção do anel de reforço para cobertura CCE	16
3.3. Redução da articulação	20
3.4 Remoção da cúpula CCB	20
3.5 Remoção do anel de reforço para cobertura CCE	20
4. Implantes	21
4.1 Cúpula CCB	21
4.2 Anel de reforço para cobertura CCE	23
5. Instrumentos	24
6. Modelos de medição	29
7. Referências	29
8. Símbolos	30

Observações

Antes de utilizar um implante fabricado pela Mathys SA Bettlach, deverá familiarizar-se com o manuseamento dos instrumentos, a técnica cirúrgica relacionada com o produto, as advertências e notas de segurança bem como com as recomendações do folheto informativo. Faço uso da formação do utilizador Mathys e prossiga de acordo com a técnica cirúrgica recomendada.

Introdução

A implantação de articulações artificiais da anca é um dos procedimentos padrão com maior sucesso em ortopedia. O objetivo da substituição da articulação é a eliminação da dor e o restauro da função normal da articulação da anca. Devido ao desenvolvimento demográfico da população e à importância crescente da atividade física e do desporto, mesmo em idade avançada, prevê-se um aumento do número destas cirurgias.

A colaboração de Maurice Müller e Robert Mathys Sênior levou ao desenvolvimento das próteses Müller. Nestes 40 anos de experiência clínica, as próteses foram frequentemente imitadas.

Entre 1976 e 1996, a Mathys produziu estes implantes para a Protek/Sulzer Medica. Desde a separação das duas empresas, a Mathys tem disponibilizado este sistema sob o nome de haste CCA (haste reta Müller), cúpula CCB (cúpula cimentada Müller) e anel de reforço para cobertura CCE (anel de reforço do teto acetabular Müller), nos quais o desenho, os materiais e a qualidade originais permaneceram essencialmente inalterados. A cúpula CCB recebeu a classificação 10A (10 anos de evidência sólida) e a haste CCA a classificação 10A* (10 anos de evidência sólida) do ODEP (Orthopaedic Data Evaluation Panel) britânico.¹

Esta técnica cirúrgica descreve a cúpula CCB e o anel de reforço para cobertura CCE. A haste CCA é descrita numa técnica cirúrgica separada.



Cúpula CCB

- Cúpula de polietileno cimentada em UHMWPE com um anel de aço inoxidável radiopaco integrado (FeCrNiMnMo)
- Disponível nas versões baixo perfil e perfil completo com base no conceito de M. E. Müller

Fixação

- A cúpula CCB é fixada no acetábulo com um manto de cimento. A zona da esclerose subcondral deve ser furada com um escareador, e serem perfurados orifícios de fixação adicionais com a broca
- Para obter um bom resultado clínico, o implante tem de estar embutido numa estrutura acetabular estável

Características do desenho

- O aumento da borda da cúpula de perfil completo proporciona uma maior distância de salto comparativamente à cúpula de baixo perfil.² Esta característica visa diminuir o risco de deslocamento
- A cúpula CCB de baixo perfil permite uma maior amplitude de movimento comparativamente à cúpula CCB de perfil completo³
- A cúpula CCB pode ser posicionada no cimento ósseo para a reconstrução da situação anatómica individual do doente⁴
- A cúpula CCB produz bons resultados a longo prazo no que respeita a sobrevivência do implante, tendo obtido a classificação 10A do ODEP (10 anos de evidência sólida)¹



Anel de reforço para cobertura CCE

- O anel de reforço para cobertura CCE é utilizado para o tratamento de acetábulos com substância óssea comprometida e/ou defeitos acetabulares parciais na cirurgia primária ou de revisão, desde que a estabilidade primária possa ser alcançada.
- Disponível em titânio (TiCP)

Fixação

- O anel de reforço para cobertura CCE é fixado por encaixe por pressão no acetábulo e, adicionalmente, comprimido contra o teto acetabular com 2–5 parafusos para osso esponjoso⁵
- Para garantir a estabilidade primária, é importante que o anel seja fixado firmemente com contacto direto com o osso
- A cimentação da cúpula CCB no anel estabiliza os ângulos dos parafusos⁶

Características do desenho e vantagens da filosofia de Müller

- Segundo a filosofia de Müller, o anel de reforço para cobertura CCE apresenta orifícios para parafusos que permitem uma fixação estável no que respeita à situação anatómica, mesmo em acetábulos com defeitos ósseos⁷
- O anel de reforço para cobertura CCE permite o posicionamento da cúpula CCB cimentada, independentemente da posição do anel de reforço para reconstruir a situação anatómica individual do doente⁴
- Uma reentrância no polo permite a introdução de enxertos ósseos ou de material de substituição óssea segundo a filosofia de Müller⁷
- O anel de reforço Müller impede a reabsorção do material de enxerto ósseo e a migração da cúpula, em doentes com reconstrução de um acetábulo deficiente⁷

1. Indicações e contraindicações

Indicações

- Osteoartrite primária ou secundária da anca
- Fraturas da cabeça femoral e do colo do fêmur
- Necrose da cabeça femoral
- Cirurgia de revisão

Contraindicações

- Presença de fatores que coloquem em risco uma fixação estável do implante:
 - Perda óssea e/ou defeitos ósseos
 - Substância óssea insuficiente
- Infecção local e/ou generalizada
- Insuficiência grave dos tecidos moles, nervos ou vasos que possa colocar em risco a função e a estabilidade a longo prazo do implante
- Hipersensibilidade a qualquer um dos materiais utilizados
- Doentes nos quais seja provável que um tipo diferente de cirurgia reconstrutiva ou tratamento seja bem-sucedido

Restrição

A cúpula de baixo perfil CCB com os tamanhos 42/28, 42–46/32 e a cúpula de baixo perfil CCB com os tamanhos 44–46/32 têm de ser utilizadas em combinação com um anel de reforço para cobertura CCE devido à sua baixa espessura de parede.

Para mais informações, consulte as instruções de utilização ou o representante da Mathys.

2. Planeamento pré-operatório

O planeamento pré-operatório pode ser efetuado com base em radiografias normais ou com um sistema de planeamento digital. O objetivo principal do planeamento é determinar o implante adequado, o respetivo tamanho e posição, com o objetivo de restaurar a biomecânica individual da articulação da anca. Desta forma, podem ser identificados possíveis problemas, mesmo antes da cirurgia.⁸ Além disso, o planeamento pré-operatório serve como base para a reconciliação intraoperatória utilizando controlo radioscópico. Recomenda-se a documentação do planeamento pré-operatório no processo do doente.

No caso de substância óssea comprometida e/ou defeitos acetabulares parciais, é necessária a implantação do anel de reforço para cobertura CCE em conjunto com a cúpula CCB. Isso deve ser respeitado no planeamento pré-operatório.

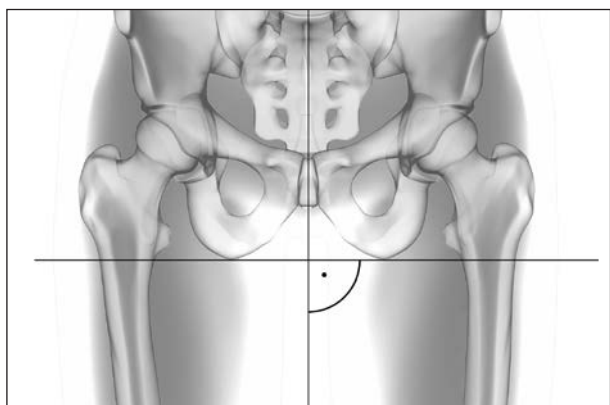


Fig. 1

O planeamento é idealmente efetuado numa radiografia pélvica com o doente em posição supina ou em pé. Ao fazê-lo, o feixe central é alinhado com a sínfise, devendo o fémur apresentar uma rotação interna de 20 graus. A escala é calculada com as opções conhecidas, ou seja, com um objeto de calibração definido ou uma distância focal do filme reconstituível (Fig. 1).

Observações

Em caso de ancas significativamente deformadas, deve considerar-se o planeamento no lado saudável, transferindo-o depois para o lado afetado.⁸

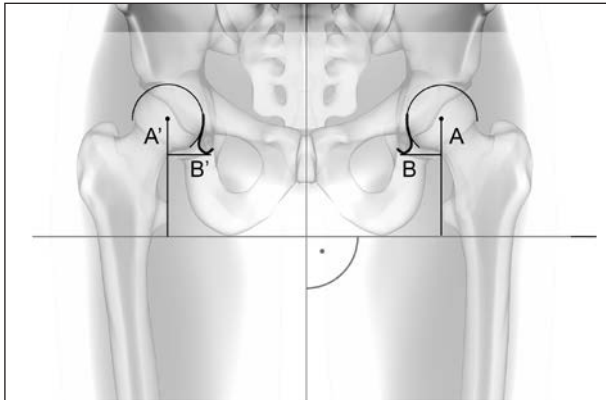


Fig. 2

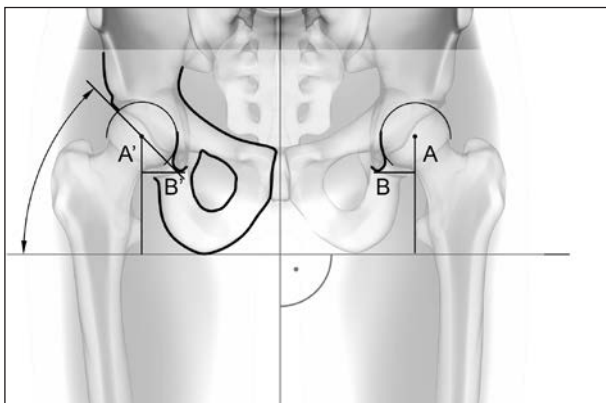


Fig. 3

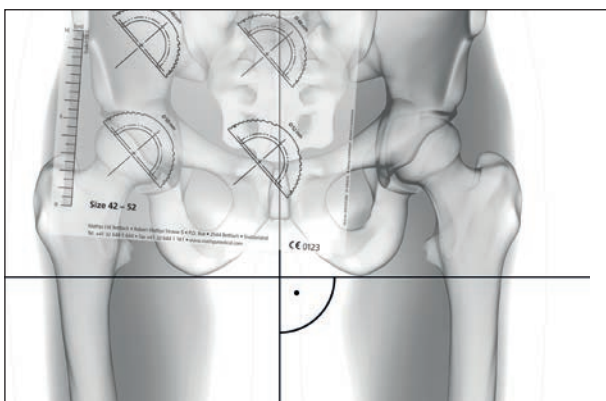


Fig. 4

Cálculo do desvio acetabular

Os centros de rotação da anca saudável (A) e da anca afetada (A') são definidos como o centro de um círculo que rodeia a cabeça femoral ou a cavidade acetabular.

Primeiro, a linha horizontal é colocada de forma tangente a ambas as tuberosidades isquiáticas, a linha vertical é colocada através do centro da sínfise.

Observações

No caso de compensação do comprimento da perna, a adaptação do comprimento da perna com a ajuda da tuberosidade isquiática pode ser agora considerada.

O desvio acetabular é definido como a distância entre a lágrima de Köhler (B ou B') e a linha vertical através do centro de rotação da anca (A ou A') (Fig. 2).

Planeamento da cúpula

A posição da cúpula em relação à pélvis tem de ter em conta os contornos acetabulares, o centro de rotação da anca, a lágrima de Köhler e o ângulo necessário de inclinação da cúpula (Fig. 3).

Para encontrar o tamanho de cúpula adequado, vários modelos de cúpula são sucessivamente posicionados ao nível da cavidade do acetábulo com o objetivo de restaurar o centro nativo de rotação da anca e, simultaneamente, permitir um contacto suficiente do osso ao nível do teto acetabular, bem como na lágrima de Köhler (Fig. 4).

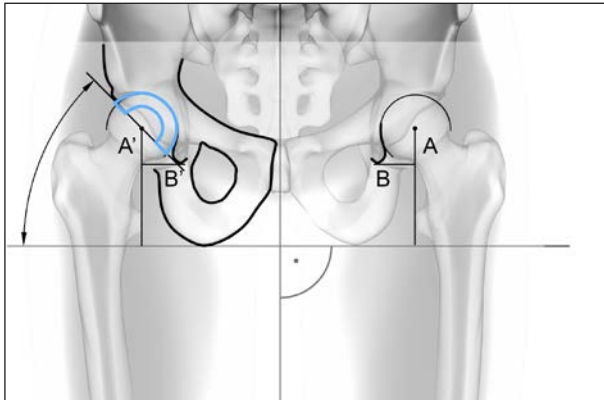


Fig. 5

A anatomia individual do doente tem de ser considerada durante o posicionamento da cúpula. A posição do implante é determinada em relação aos pontos de referência anatômicos (teto acetabular, lágrima de Köhler). A profundidade de implantação é, então, determinada (Fig. 5).



Para minimizar o risco de instabilidade e/ou migração da prótese com afrouxamento precoce ou tardio e fraturas ou fissuras ósseas, os possíveis defeitos acetabulares têm de ser tratados antes da implantação da cúpula CCB.

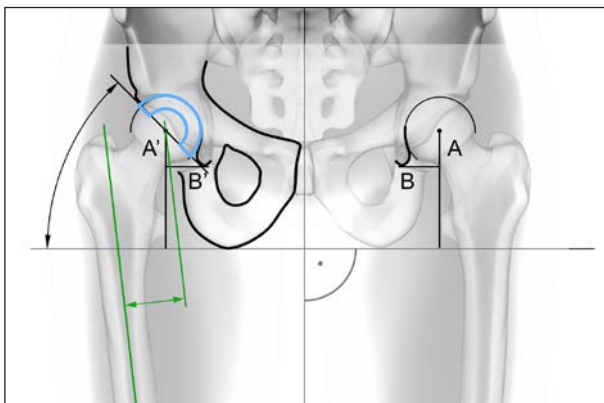


Fig. 6

Cálculo do desvio femoral

O desvio femoral é definido como a distância mais curta entre o eixo longitudinal central do fêmur e o centro de rotação da anca (Fig. 6).

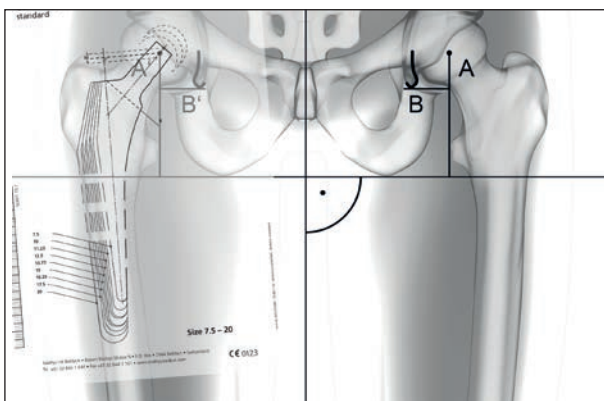


Fig. 7

Planeamento da haste

O planeamento da haste é demonstrado utilizando a haste CCA como exemplo. Também podem ser utilizados outros sistemas de haste. O tamanho da haste é determinado utilizando os modelos de medição no fêmur que vai ser operado. O modelo tem de ser alinhado com o centro de rotação e o eixo central (Fig. 7).

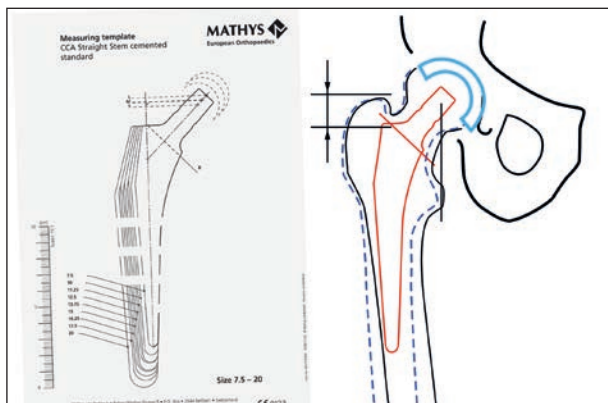


Fig. 8

Na folha de planeamento, a haste correspondente é delineada através de uma linha tracejada com o modelo de medição na mesma posição de abdução/adução que o fémur do lado saudável. (Fig. 8).

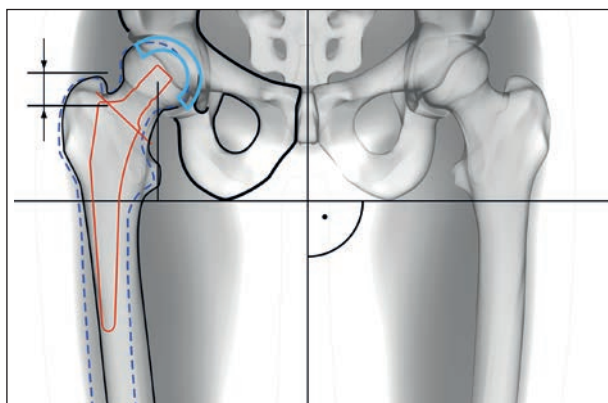


Fig. 9

O fémur que vai ser operado é desenhado sobre a haste selecionada.

Mede-se a distância entre a extremidade proximal do cone da haste e o trocânter menor, bem como a distância entre o colo e o trocânter maior.

Desenho do plano de ressecção e determinação da interseção entre o maciço trocantérico e a demarcação lateral da haste protésica (Fig. 9).

3. Técnica cirúrgica

Dependendo do posicionamento do doente e da seleção da via de acesso, as abordagens convencionais são diferenciadas das abordagens minimamente invasivas, que visam minimizar os danos no osso e nos tecidos moles. A cúpula CCB e o anel de reforço para cobertura CCE podem ser implantados utilizando várias abordagens cirúrgicas. Na escolha da técnica específica, a decisão deve basear-se na anatomia do doente, bem como na experiência individual e nas preferências do cirurgião.

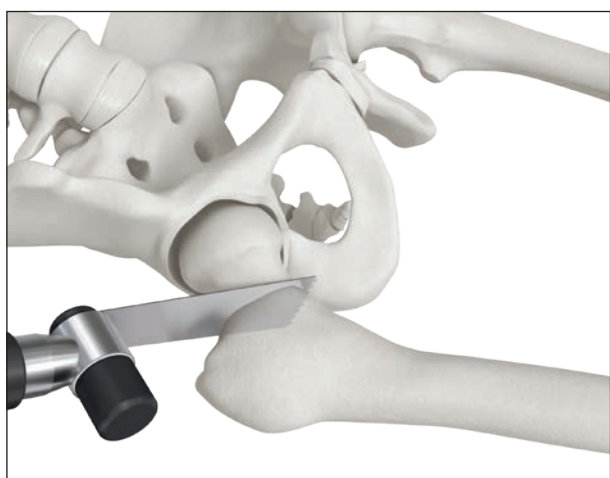


Fig. 10

Osteotomia femoral

O colo femoral é ressecado de acordo com o planeamento pré-operatório (Fig. 10). No caso de condições anatómicas estreitas, é aconselhável realizar uma osteotomia dupla e remover um fragmento do colo femoral. Em seguida, remove-se a cabeça femoral com um extrator de cabeças femorais.

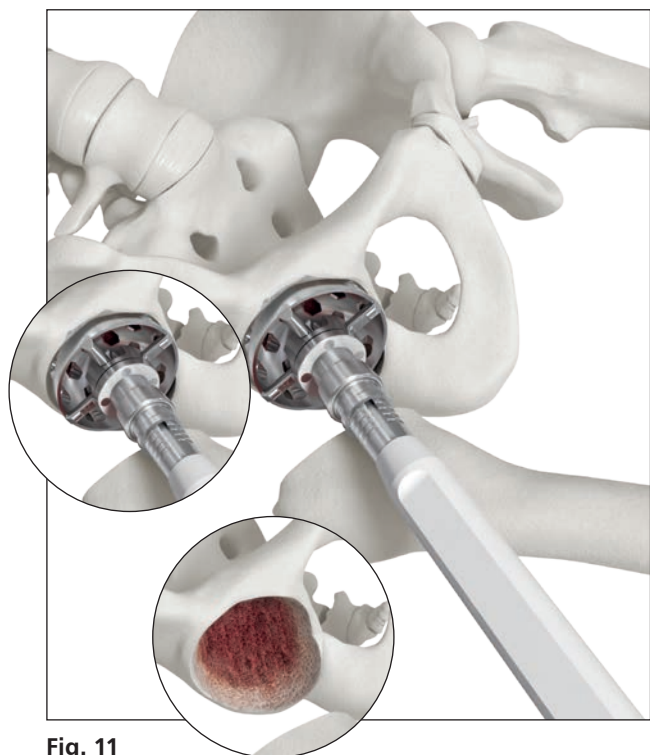


Fig. 11

Preparação do acetábulo

A exposição do acetábulo com ressecção do labrum e de eventuais osteófitos existentes é o pré-requisito para a implantação segura da cúpula e para a estabilidade primária necessária. Depois do enxaguamento do acetábulo e da identificação da lágrima, é determinada a profundidade do acetábulo. Utilizando escarificadores acetabulares esféricos de tamanho ascendente, o leito acetabular é processado em incrementos de 2 mm cada, até que o osso subcondral esteja preparado de forma que surjam hemorragias menores (Fig. 11).

Observações

Certifique-se de que o acetábulo é rebaixado até à profundidade do implante definida no planeamento pré-operatório. O córtex subcondral deve ser escarificado pelo menos parcialmente.

A profundidade correta pode ser verificada adicionalmente sob intensificação de imagem.



Fig. 12

Inserção da cúpulas de prova e alinhamento de acordo com os pontos de referência pélvicos (borda acetabular ventral, dorsal e craniana) (Fig. 12).

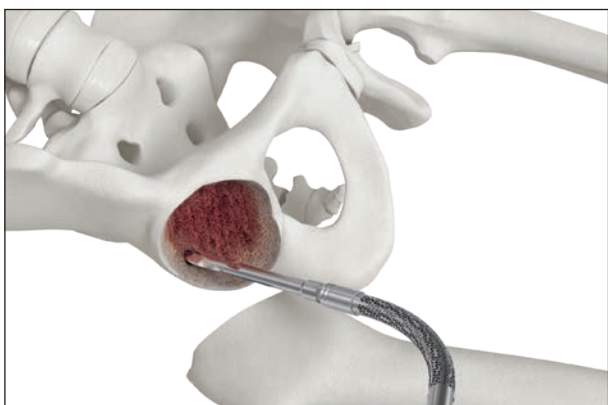


Fig. 13

Perfuração dos orifícios para fixação no cimento

São feitos 3 – 5 orifícios para fixação no cimento a uma profundidade de 0,5 – 1 cm no acetábulo utilizando a broca de 6 mm (Figuras 13 e 14).



Fig. 14



Para minimizar o risco de lesões nervosas e vasculares, a posição e as profundidades dos orifícios para fixação no cimento devem ser selecionados de acordo com a anatomia da região pélvica do doente.

Enxaguamento do acetábulo

O leito ósseo é enxaguado com uma lavagem a jato.

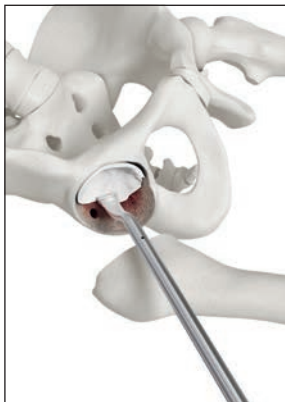


Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17

Depois da secagem do acetábulo com um aspirador e compressas, o cimento ósseo é aplicado no acetábulo (Figuras 15 e 16).

Observações

O cimento ósseo Mathys tem de ser adquirido separadamente.

A técnica de aplicação de cimento requer as precauções especiais (preparação da cavidade óssea, técnica de aplicação de cimento, colaboração com o anestesta, etc.) descritas nas instruções de utilização específicas do cimento.

3.1 Implantação e alinhamento da cúpula CCB

Observações

A cúpula CCB não tem orifícios para parafusos, não sendo, por isso, adequada para a fixação com parafusos.

Inicialmente, a cúpula CCB a ser implantada é posicionada manualmente no leito do cimento semi-viscoso (Fig. 17).



A cúpula de baixo perfil CCB com os tamanhos 42/28, 42–46/32 e a cúpula de baixo perfil CCB com os tamanhos 44–46/32 têm de ser utilizadas em combinação com um anel de reforço para cobertura CCE devido à sua baixa espessura de parede.

Observações

O tamanho indicado no rótulo da cúpula CCB não inclui o manto de cimento. A Mathys recomenda a inserção de uma cúpula um tamanho abaixo do tamanho do escareador final (p. ex., escareador tamanho 50, cúpula tamanho 48).



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21

Em seguida, a cúpula é empurrada medialmente utilizando o impactor da cúpula com a peça metálica, devendo produzir-se um manto de cimento com uma espessura uniforme (Fig. 18).

O cimento em excesso deve ser removido (Fig. 19).

Observações

O ajuste preciso da inclinação e anteversão é um pré-requisito para um funcionamento sem complicações da articulação artificial da anca, devendo considerar-se aqui as condições anatômicas individuais. Geralmente, recomenda-se uma inclinação de 40°–50° e uma anteversão de 10°–20°.

Para auxiliar no posicionamento, o guia de posicionamento pode ser encaixado na pega do impactor da cúpula. Nesta altura, deve prestar-se atenção ao posicionamento correto do doente na mesa.

Com uma pressão uniforme, a cúpula é pressionada no acetábulo até atingir a posição final (Fig. 20).

Em seguida, a peça metálica é removida do impactor da cúpula para evitar o risco de comprometer a orientação da cúpula.

Utilizando o impactor da cúpula com a peça plástica montada, continue a aplicar pressão uniforme na superfície interna da cúpula, e remova o excesso de cimento da borda.

O instrumento só pode ser separado da cúpula quando o cimento estiver completamente curado (Fig. 21).

Observações

A profundidade correta da cúpula pode ser verificada adicionalmente sob intensificação de imagem.



Fig. 22



Fig. 23

3.2 Inserção do anel de reforço para cobertura CCE

Preenchimento do defeito

Logo que o acetábulo seja escareado, qualquer defeito ósseo existente é preenchido com osso da cabeça femoral ou material de substituição e compactado com a cúpulas de ensaio CCB.

Implantação do anel de reforço para cobertura CCE

O anel de reforço para cobertura CCE é fixado no acetábulo utilizando um êmbolo (Fig. 22). Nesta altura, a borda do implante deve estar adjacente à extremidade do sítio do implante ósseo. Na área dos orifícios para os parafusos e no fundo da borda é necessário existir contacto ósseo suficiente (Fig. 23).

Observações

O escareador a ser utilizado para o anel de reforço para cobertura CCE é 4mm maior do que o tamanho do anel de reforço acetabular especificado (Fig. 24). Deste modo, consegue-se a fixação do dispositivo.

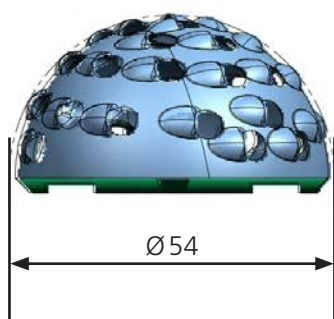
Observações

A especificação do tamanho do anel de reforço para cobertura CCE corresponde à maior cúpula CCB que nele pode ser fixada. Regularmente são implantadas cúpulas CCB com tamanho 2mm inferior ao do anel de reforço para cobertura CCE.

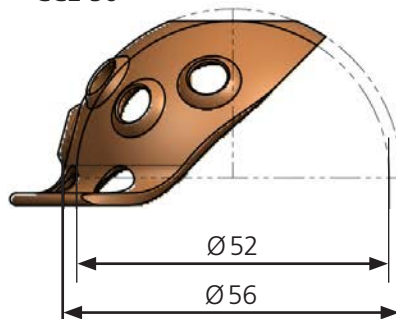
Exemplo do tamanho correto do anel de reforço para cobertura CCE

Descrição	Tamanho	Observações
Escareador	54	O escareador deve ser 4 mm maior do que o anel de reforço para cobertura CCE a implantar.
Anel de reforço para cobertura CCE	50	Utilize 2 – 5 parafusos para a fixação
Cúpula CCB	48, 50	Utilize um tamanho abaixo ou o mesmo tamanho (48, 50) do anel de reforço para cobertura CCE implantado

Escareador acetabular 54



Anel de reforço para cobertura CCE 50



Cúpula CCB 48, 50

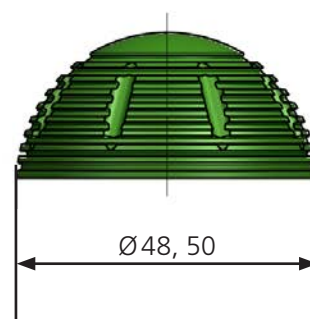


Fig. 24



Fig. 25

O anel de reforço para cobertura CCE é fixado com 2 a 5 parafusos para osso esponjoso. Nesta altura, deve assegurar-se que os parafusos no osso ilíaco se encontram posicionados cerca de 20° medialmente e dorsalmente relativamente ao eixo longitudinal do corpo na direção da articulação sacroilíaca (Figuras 25, 26, 27).

O guia da broca é totalmente inserido no orifício para parafuso do anel de reforço para cobertura CCE. O primeiro orifício para parafuso é perfurado com a broca de 3,5 mm, o mais centralmente possível. No caso de osso esclerosado, os orifícios para os parafusos são preparados com o promotor de rosca de 6,5 mm antes de colocar o parafuso. Com o primeiro parafuso, o anel de reforço para cobertura CCE é pressionado contra o teto acetabular.



Fig. 26



Fig. 27

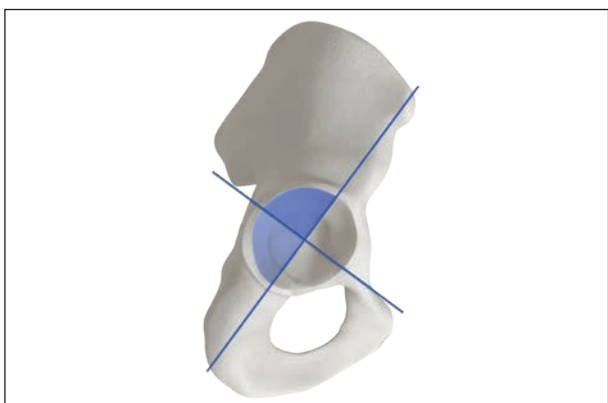


Fig. 28

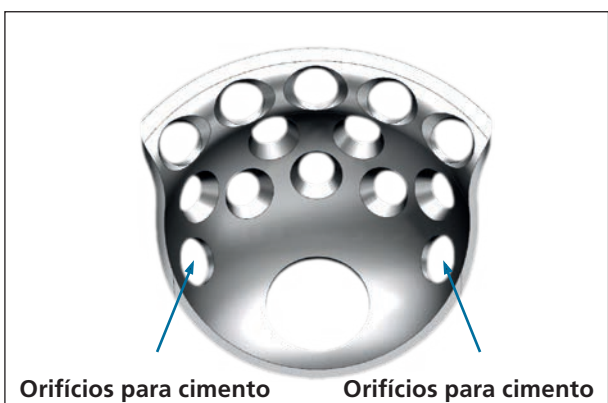


Fig. 29

Observações

Inicie a perfuração apenas quando a broca tiver contacto com o osso. A introdução da broca no guia da broca com a broca em funcionamento pode danificar a broca ou o guia.



Para minimizar o risco de lesões nervosas e vasculares, utilize o menor número de parafusos possível para fixar o anel de reforço para cobertura CCE de forma adequada.

Após a determinação do comprimento do parafuso com o limitador de profundidade, é implantado um parafuso para osso esponjoso de 6,5 mm (em Ti6Al4V) utilizando uma chave de fendas hexagonal ou com cardan.

Observações

Os parafusos são estruturalmente estáveis devido ao bloqueio das cabeças do parafuso com o cimento.⁶ Os parafusos podem estar sob tensão durante a inserção: o micromovimento de uma cúpula bem fixada pode provocar forças oscilatórias no parafuso através do mecanismo de bloqueio e conduzir a fratura.⁵



Para minimizar o risco de lesões nervosas e vasculares, a posição e as profundidades dos orifícios para parafusos e respetivos comprimentos dos parafusos devem ser selecionados de acordo com a anatomia da região pélvica do doente.

Os parafusos devem ser colocados nos quadrantes postero-superior e postero-inferior do acetábulo⁹ (Fig. 28).

Observações

Para a cúpula CCB de baixo perfil com os tamanhos 60, 62 e 64 não está disponível um anel de reforço para cobertura CCE correspondente.



Para os anéis de reforço acetabular CCE de tamanho 54 e superior são disponibilizados dois orifícios adicionais de Ø9mm. Estes servem para uma melhor fixação no cimento e não se destinam a ser utilizados como orifícios para parafusos (Fig. 29).

Os orifícios para cimento são preparados utilizando o escareador de rebaixamento de Ø9mm.



Fig. 30

Uma vez implantados todos os parafusos para a fixação do anel de reforço para cobertura CCE, o cimento ósseo é introduzido no anel de reforço para cobertura CCE e a cúpula CCB é inserida (Figuras 30, 31, 32).

Observações

O cimento ósseo tem de ser adquirido separadamente. A técnica de aplicação de cimento requer as precauções especiais (preparação da cavidade óssea, técnica de aplicação de cimento, colaboração com o anestesta, etc.) descritas nas instruções de utilização específicas do cimento.



Fig. 31

A cúpula é empurrada medialmente utilizando o impactor da cúpula com a peça plástica montada. Continue a aplicar pressão uniforme na superfície interna da cúpula (Fig. 31).

O excesso de cimento deve ser removido.



Fig. 32

O instrumento só pode ser separado da cúpula quando o cimento estiver completamente curado (Fig. 32).

A implantação da haste e a determinação da esfera apropriada são descritas numa técnica cirúrgica separada da haste correspondente. Esta pode ser solicitada ao agente Mathys local.

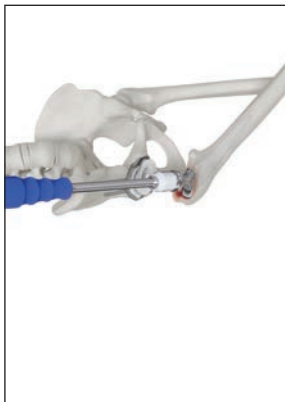


Fig. 33



Fig. 34

3.3 Redução da articulação

Após a implantação da haste, é realizada a redução da articulação (Figuras 33 e 34). Deve prestar-se uma atenção especial à tendência para deslocamento e à amplitude de movimento da articulação, à adaptação da tensão dos tecidos moles e ao comprimento da perna. O espaço articular é enxaguado para remover eventuais partículas de cimento ou osso presentes.

Dependendo da abordagem, as inserções musculares são novamente ligadas e a ferida é encerrada camada a camada.

3.4 Remoção da cúpula CCB

A exposição total da borda acetabular deve ser assegurada antes da remoção da cúpula CCB. O polietileno é cuidadosamente escareado e o cimento removido. Como alternativa, pode ser utilizado o método segundo A. Sabboubeh¹⁰: são perfurados com a broca orifícios de 2,5 mm na cúpula CCB, especialmente na borda. Em seguida, um parafuso cortical roscado de 4,5 mm é enroscado em cada orifício para quebrar a interface entre a cúpula CCB e o cimento. Este procedimento é repetido até a cúpula começar a separar-se do cimento e ficar suficientemente solta para ser extraída.

Observações

No caso de explantação intraoperatória do implante final, não é permitida a reimplantação do mesmo implante.

3.5 Remoção do anel de reforço para cobertura CCE

Primeiro, remove-se a cúpula CCB e o cimento. Os parafusos para osso esponjoso são removidos com a peça hexagonal para remoção de parafusos. A seguir, pode remover-se o anel de reforço para cobertura CCE. Para mais informação, contacte o seu representante local Mathys.

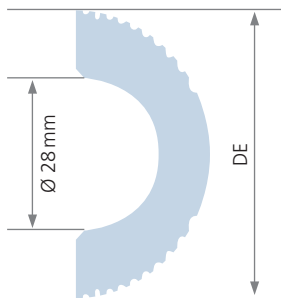
Observações

No caso de explantação intraoperatória do implante final, não é permitida a reimplantação do mesmo implante.

4. Implantes

4.1 Cúpula CCB

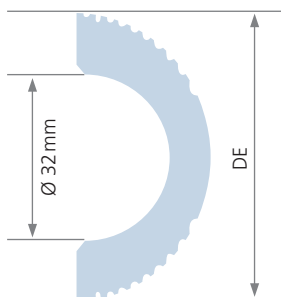
Baixo perfil



Cúpula CCB – Baixo perfil Ø28 mm

N.º do item	DE
2.14.325*	42 mm
2.14.326	44 mm
2.14.327	46 mm
2.14.328	48 mm
2.14.329	50 mm
2.14.330	52 mm
2.14.331	54 mm
2.14.332	56 mm
2.14.333	58 mm
2.14.334	60 mm
2.14.335	62 mm
2.14.336	64 mm

Material: UHMWPE, FeCrNiMoMn



Cúpula CCB – Baixo perfil Ø32 mm

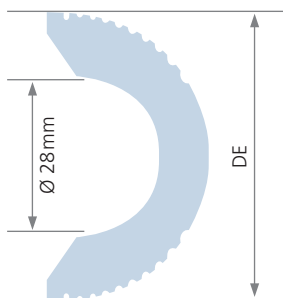
N.º do item	DE
2.14.310*	42 mm
2.14.311*	44 mm
2.14.312*	46 mm
2.14.313	48 mm
2.14.314	50 mm
2.14.315	52 mm
2.14.316	54 mm
2.14.317	56 mm
2.14.318	58 mm
2.14.319	60 mm
2.14.320	62 mm
2.14.321	64 mm

Material: UHMWPE, FeCrNiMoMn

*** Tem de ser utilizada com anel de reforço acetabular devido à baixa espessura da parede.**

Não estão disponíveis anéis de reforço acetabular CCE para os tamanhos 60–64.

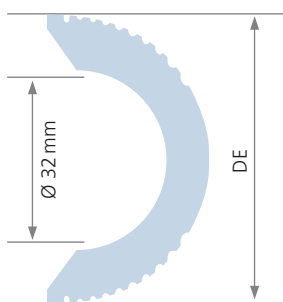
Perfil completo



Cúpula CCB – Perfil completo Ø 28 mm

N.º do item	DE
2.14.340	44 mm
2.14.341	46 mm
2.14.342	48 mm
2.14.343	50 mm
2.14.344	52 mm
2.14.345	54 mm
2.14.346	56 mm
2.14.347	58 mm

Material: UHMWPE, FeCrNiMoMn



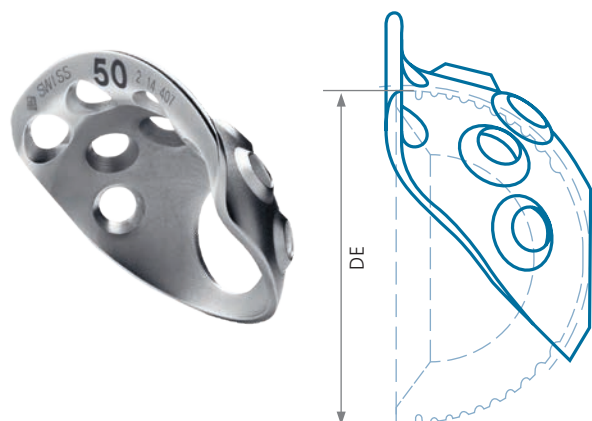
Cúpula CCB – Perfil completo Ø 32 mm

N.º do item	DE
2.14.300*	44 mm
2.14.301*	46 mm
2.14.302	48 mm
2.14.303	50 mm
2.14.304	52 mm
2.14.305	54 mm
2.14.306	56 mm
2.14.307	58 mm

Material: UHMWPE, FeCrNiMoMn

*** Tem de ser utilizada com anel de reforço acetabular devido à baixa espessura da parede.**

4.2 Anel de reforço para cobertura CCE



Anel de reforço para cobertura CCE, titânio

N.º do item	Tamanho do CCE	Para DE da cúpula CCB
4.14.403	42	42 mm
4.14.404	44	42 mm, 44 mm
4.14.405	46	44 mm, 46 mm
4.14.406	48	46 mm, 48 mm
4.14.407	50	48 mm, 50 mm
4.14.408	52	50 mm, 52 mm
4.14.409	54	52 mm, 54 mm
4.14.410	56	54 mm, 56 mm
4.14.411	58	56 mm, 58 mm

Material: TiCP

Neste implante têm de ser utilizados parafusos para osso esponjoso de 6,5 mm.

Parafuso para osso esponjoso, estéril Rosca total, 6,5 mm



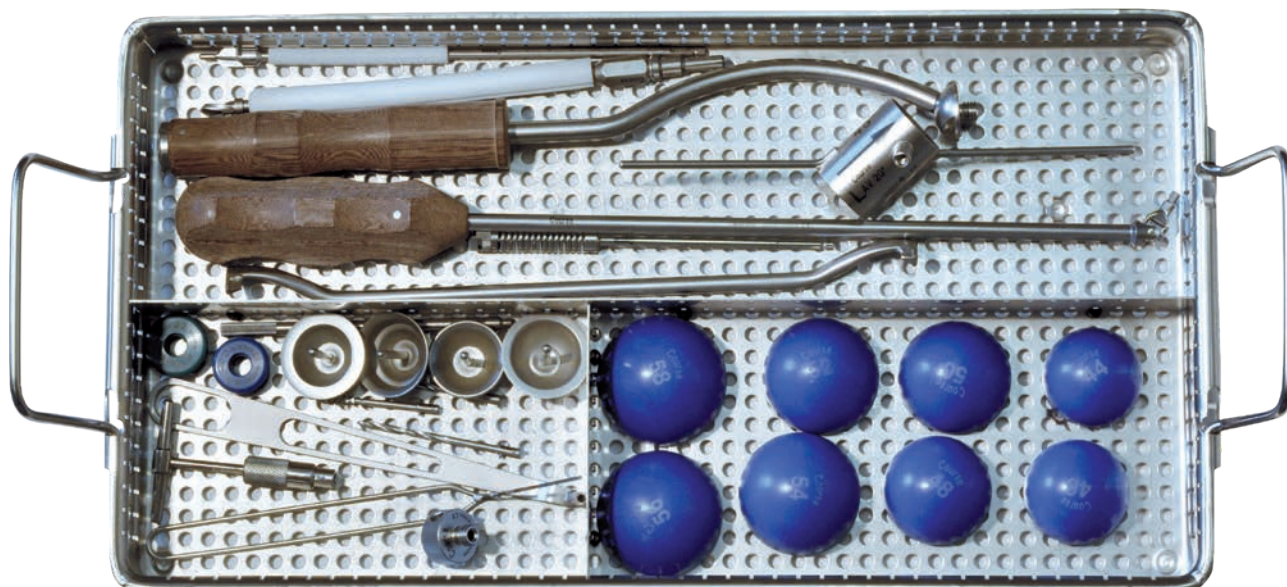
N.º do item	Comprimento
418.020MS	20 mm
418.025MS	25 mm
418.030MS	30 mm
418.035MS	35 mm
418.040MS	40 mm
418.045MS	45 mm
418.050MS	50 mm

Material: Ti6Al4V

5. Instrumentos

Instrumental CCB 55.01.0050A

Instrumental CCE / CCB 55.01.0060A



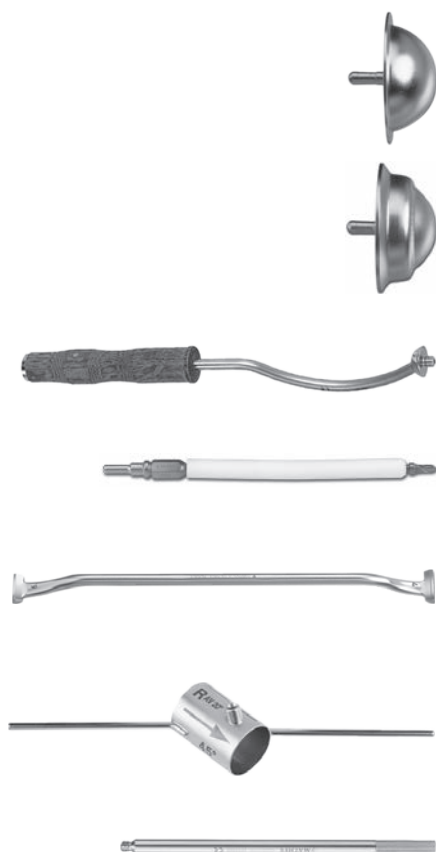
Instrumentos CCB



N.º do item	Descrição
3.14.021	Cúpula de ensaio CCB de baixo perfil 42
3.14.022	Cúpula de ensaio CCB de baixo perfil 44
3.14.023	Cúpula de ensaio CCB de baixo perfil 46
3.14.024	Cúpula de ensaio CCB de baixo perfil 48
3.14.025	Cúpula de ensaio CCB de baixo perfil 50
3.14.026	Cúpula de ensaio CCB de baixo perfil 52
3.14.027	Cúpula de ensaio CCB de baixo perfil 54
3.14.028	Cúpula de ensaio CCB de baixo perfil 56
3.14.029	Cúpula de ensaio CCB de baixo perfil 58
3.14.030	Cúpula de ensaio CCB de baixo perfil 60
3.14.031	Cúpula de ensaio CCB de baixo perfil 62
3.14.074	Cúpula de ensaio CCB de baixo perfil 64
3.14.075	Cúpula de ensaio CCB de baixo perfil 66
3.14.076	Cúpula de ensaio CCB de baixo perfil 68



N.º do item	Descrição
3.14.549	Peça plástica CCB 28
3.14.550	Peça plástica CCB 32



N.º do item	Descrição
3.14.551	Peça metálica CCB 28 baixo perfil
3.14.552	Peça metálica CCB 32 baixo perfil

N.º do item	Descrição
3.14.558	Peça metálica CCB 28 perfil completo
3.14.557	Peça metálica CCB 32 perfil completo

N.º do item	Descrição
3.14.547	Impactor curvo p/cúpulas

N.º do item	Descrição
3.14.299	Broca 6

N.º do item	Descrição
3.14.563	Impactor de cimento CCB
3.30.549	Impactor de cimento pequeno

N.º do item	Descrição
55.02.5531	Guia de posicionamento 45º

N.º do item	Descrição
55.02.0109	Barra p/guia de posicionamento



Instrumentos CCE

N.º do item	Descrição
3.14.286	Broca espiral 3.5x50
3.14.293	Broca espiral 3.5x60
3.14.294	Broca espiral 3.5x75

N.º do item	Descrição
3.14.290	Promotor de rosca 6.5x45
3.14.289	Promotor de rosca 6.5x60

N.º do item	Descrição
3.14.292	Escareador 9

N.º do item	Descrição
3.40.502	Pega em T c/acoplamento rápido

N.º do item	Descrição
3.14.545	Haste flexível

N.º do item	Descrição
3.14.033	Guia de broca 3.5/5.8

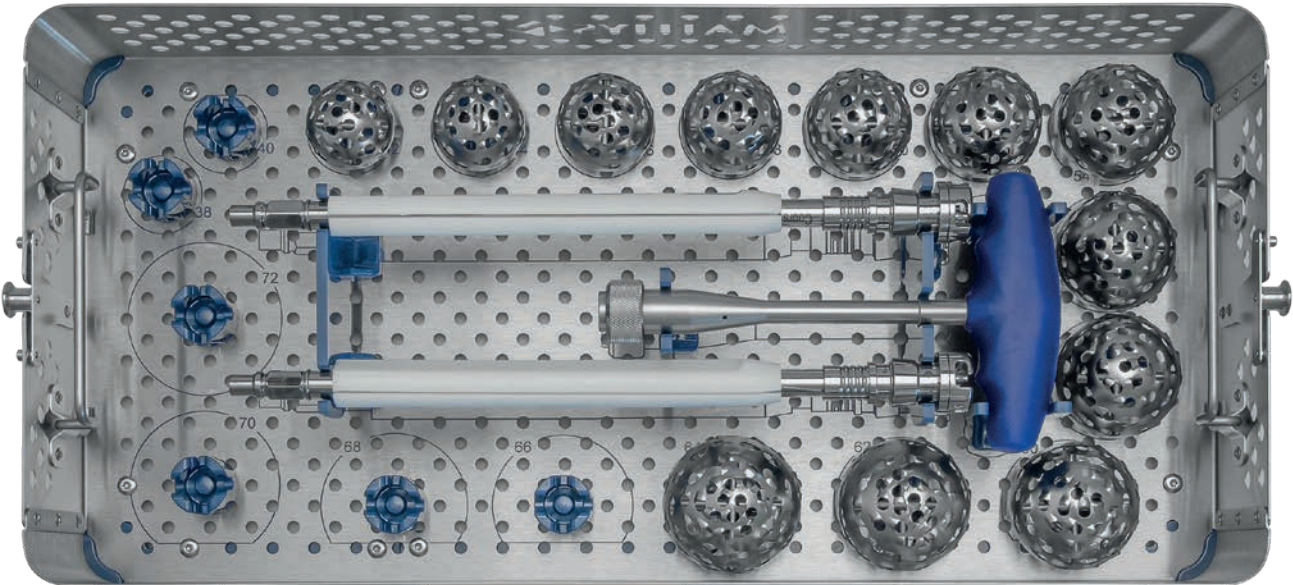
N.º do item	Descrição
3.14.045	Medidor de profundidade

N.º do item	Descrição
3.40.544	Chave de parafusos hex. longa 3.5

N.º do item	Descrição
3.40.545	Chave de parafusos hex. cardan longa 3.5

N.º do item	Descrição
3.40.542	Peça hex.p/extração parafusos 3.5

Instrumental escareador acetabular, 51.34.1081A



Escareadores acetabulares, tamanhos pares

N.º do item	Descrição
51.34.0360	Bandeja p/escareadores acetabul. par
51.34.0679	Tampa p/bandeja p/escareadores acetabul.



N.º do item	Descrição
5440.00.5	Escareador acetabular 40 padrão
5442.00.5	Escareador acetabular 42 padrão
5444.00.5	Escareador acetabular 44 padrão
5446.00.5	Escareador acetabular 46 padrão
5448.00.5	Escareador acetabular 48 padrão
5450.00.5	Escareador acetabular 50 padrão
5452.00.5	Escareador acetabular 52 padrão
5454.00.5	Escareador acetabular 54 padrão
5456.00.5	Escareador acetabular 56 padrão
5458.00.5	Escareador acetabular 58 padrão
5460.00.5	Escareador acetabular 60 padrão
5462.00.5	Escareador acetabular 62 padrão
5464.00.5	Escareador acetabular 64 padrão
5466.00.5	Escareador acetabular 66 padrão
5468.00.5	Escareador acetabular 68 padrão
5470.00.5	Escareador acetabular 70 padrão
5472.00.5	Escareador acetabular 72 padrão



Escareadores acetabulares, tamanhos ímpares

N.º do item	Descrição
51.34.0361	Bandeja p/escareadores acetabul. ímpar
51.34.0679	Tampa p/bandeja p/escareadores acetabul.

N.º do item	Descrição
5439.00.5	Escareador acetabular 39 padrão
5441.00.5	Escareador acetabular 41 padrão
5443.00.5	Escareador acetabular 43 padrão
5445.00.5	Escareador acetabular 45 padrão
5447.00.5	Escareador acetabular 47 padrão
5449.00.5	Escareador acetabular 49 padrão
5451.00.5	Escareador acetabular 51 padrão
5453.00.5	Escareador acetabular 53 padrão
5455.00.5	Escareador acetabular 55 padrão
5457.00.5	Escareador acetabular 57 padrão
5459.00.5	Escareador acetabular 59 padrão
5461.00.5	Escareador acetabular 61 padrão
5463.00.5	Escareador acetabular 63 padrão
5465.00.5	Escareador acetabular 65 padrão
5467.00.5	Escareador acetabular 67 padrão
5469.00.5	Escareador acetabular 69 padrão
5471.00.5	Escareador acetabular 71 padrão



Escareadores acetabulares

N.º do item	Descrição
58.02.4008	Pega com acoplamento rápido



N.º do item	Descrição
5244.00.4	Adaptador para escareador (AO)



Instrumentos opcionais (não incluídos no conjunto)

N.º do item	Descrição
58.02.0000	Escareador Chana MIS

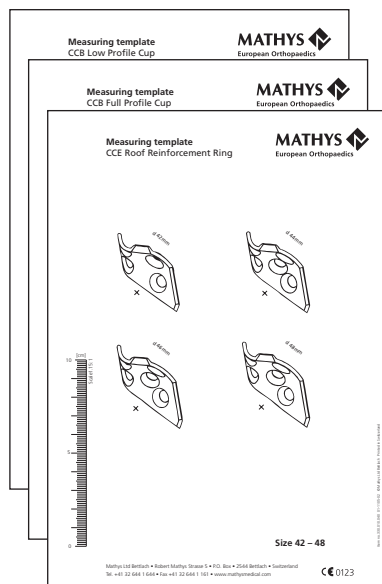


N.º do item	Descrição
3.40.535	Acoplamento p/ broca pneumática AO-ASIF



N.º do item	Descrição
999-0060-300	Acoplamento para aparafusadora Hudson

6. Modelos de medição



N.º do item	Descrição
330.010.066	CCB Low Profile Cup, cemented
330.010.096	CCB Full Profile Cup, cemented
330.010.040	CCE Roof Reinforcement Ring

7. Referências

- 1 Status October 2018. Latest ODEP ratings can be found at www.odep.org.uk
- 2 Data on file at Mathys Ltd Bettlach
- 3 Data on file at Mathys Ltd Bettlach
- 4 Gurtner P.A. et al; The acetabular roof cup in revision arthroplasty of the hip. Z Orthop Ihre Grenzgeb. 1993; 131(6): 594-600
- 5 Sirka A. et al; Excellent long-term results of the Müller acetabular reinforcement ring in primary total hip arthroplasty. Acta Orthop. 2016; 87(2): 100-105
- 6 Laflamme G.Y. et al; Cement as a locking mechanism for screw heads in acetabular revision shells – a biomechanical analysis. Hip Int 2008; 18(1): 29-34
- 7 Gill T.J. et al; Total Hip Arthroplasty with Use of an Acetabular Reinforcement Ring in Patients Who Have Congenital Dysplasia of the Hip. J. Bone Joint Surg. Am. 1998; 80: 969-979
- 8 Scheerlinck T.; Primary hip arthroplasty templating on standard radiographs. A stepwise approach. Acta Orthop Belg. 2010; 76(4): 432-42
- 9 Wasielewski R.C. et al.; Acetabular anatomy and the transacetabular fixation of screws in total hip arthroplasty. J Bone Joint Surg. 1990; 72 – A(4): 501-508
- 10 Sabboubeh A. et al; A Technique for Removing a Well-fixed Cemented Acetabular Component in Revision Total Hip Arthroplasty. The Journal of Arthroplasty 2005; 20(6): 800-801

8. Símbolos



Fabricante



Precaução

Australia	Mathys Orthopaedics Pty Ltd Lane Cove West, NSW 2066 Tel: +61 2 9417 9200 info.au@mathysmedical.com	Italy	Mathys Ortopedia S.r.l. 20141 Milan Tel: +39 02 4959 8085 info.it@mathysmedical.com
Austria	Mathys Orthopädie GmbH 2351 Wiener Neudorf Tel: +43 2236 860 999 info.at@mathysmedical.com	Japan	Mathys KK Tokyo 108-0075 Tel: +81 3 3474 6900 info.jp@mathysmedical.com
Belgium	Mathys Orthopaedics Belux N.V.-S.A. 3001 Leuven Tel: +32 16 38 81 20 info.be@mathysmedical.com	New Zealand	Mathys Ltd. Auckland Tel: +64 9 478 39 00 info.nz@mathysmedical.com
France	Mathys Orthopédie S.A.S 63360 Gerzat Tel: +33 4 73 23 95 95 info.fr@mathysmedical.com	Netherlands	Mathys Orthopaedics B.V. 3001 Leuven Tel: +31 88 1300 500 info.nl@mathysmedical.com
Germany	Mathys Orthopädie GmbH «Centre of Excellence Sales» Bochum 44809 Bochum Tel: +49 234 588 59 0 sales.de@mathysmedical.com «Centre of Excellence Ceramics» Mörsdorf 07646 Mörsdorf/Thür. Tel: +49 364 284 94 0 info.de@mathysmedical.com «Centre of Excellence Production» Hermsdorf 07629 Hermsdorf Tel: +49 364 284 94 110 info.de@mathysmedical.com	P. R. China	Mathys (Shanghai) Medical Device Trading Co., Ltd Shanghai, 200041 Tel: +86 21 6170 2655 info.cn@mathysmedical.com
		Switzerland	Mathys (Schweiz) GmbH 2544 Bettlach Tel: +41 32 644 1 458 info@mathysmedical.com
		United Kingdom	Mathys Orthopaedics Ltd Alton, Hampshire GU34 2QL Tel: +44 8450 580 938 info.uk@mathysmedical.com

Local Marketing Partners in over 30 countries worldwide ...

