

~~HERMES~~ HERMES

L'UNICOMPARTIMENTAIRE



TECHNIQUE CHIRURGICALE

INSTRUMENTATION MINI INVASIVE

 **CERAVER**
EXPERIENCE - INNOVATION

PRINCIPES TECHNIQUES

L'instrumentation ancillaire HERMES mini invasive permet la pose d'une prothèse unicompartimentaire de genou à travers une incision réduite, sans éversion de la rotule. Basée sur une coupe tibiale première, la technique opératoire proposée permet un contrôle des espaces d'extension et de flexion avant toute coupe fémorale, afin de définir la position relative optimale du composant fémoral par rapport à l'implant tibial.

Un positionnement précis des implants

- Coupe tibiale première avec réglage indépendant des paramètres de varus/valgus, pente et épaisseur de résection. Guidage de la coupe stable et précis avec visée extra-médullaire en place.
- Contrôle des espaces ligamentaires avant toute coupe fémorale afin de définir le niveau de correction de la déformation en relation avec la position des implants.
- Coupe fémorale distale avec deux options d'instrumentation :
 - Extra-médullaire pour un alignement relatif des implants en extension.
 - Intra-médullaire pour un positionnement reproductible de l'implant fémoral.
- Choix de taille et finitions fémorales avec un gabarit par taille d'implant (5 tailles), garantissant un alignement relatif des implants en flexion à 90° et une épaisseur de coupe postérieure égale à l'épaisseur de l'implant.

En option : il est possible de contrôler la position relative en flexion et en extension des implants avant de fixer la rotation axiale du composant fémoral.



Indications

La prothèse unicompartimentaire est indiquée dans les cas d'arthroses isolées du compartiment fémoro-tibial interne ou externe. Le compartiment controlatéral ne doit pas présenter de pincement de l'espace articulaire sur les clichés en stress.

COUPES FÉMORALES : DISTALE ET POSTÉRIEURE

Extra-médullaire



Centro-médullaire

Gabarit postérieur
et chanfreins

COUPE TIBIALE

Guide de coupe tibiale
asymétrique

Contre indications

La prothèse unicompartimentaire est contre indiquée en cas d'absence du ligament croisé antérieur, d'arthrose inflammatoire (chondrocalcinose), de déformation importante nécessitant une hypercorrection ou un geste de libération ligamentaire.

L'UNICOMPARTIMENTAIRE

RESUMÉ DE LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

1 COUPE TIBIALE

P.8



2 CONTRÔLE DE L'ESPACE DE FLEXION

P.10



Sélection de l'épaisseur du PE (7, 9 ou 11 mm)
en flexion à 90°

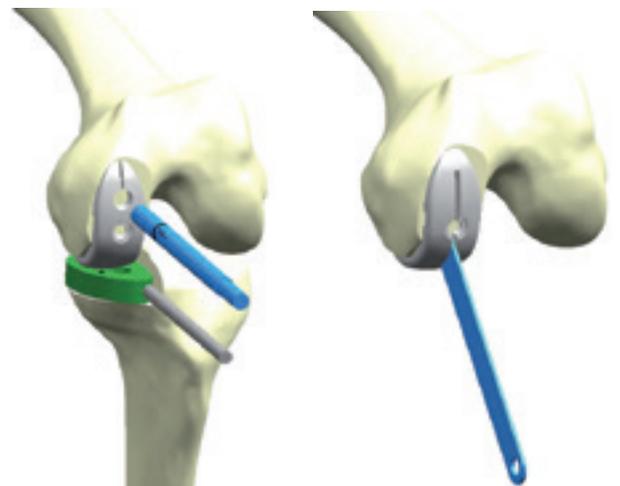
4 COUPE FÉMORALE POSTÉRIEURE & CHANFREIN

P.14



5 ESSAIS ET PREPARATION DU FEMUR

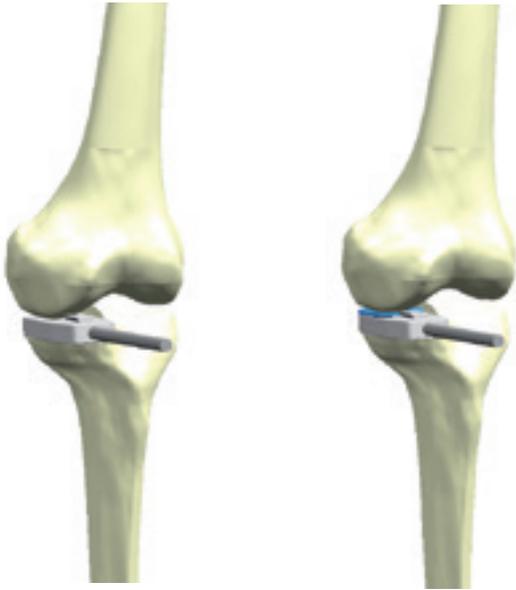
P.16



2

**CONTRÔLE DE L'ESPACE
D'EXTENSION**

P.10

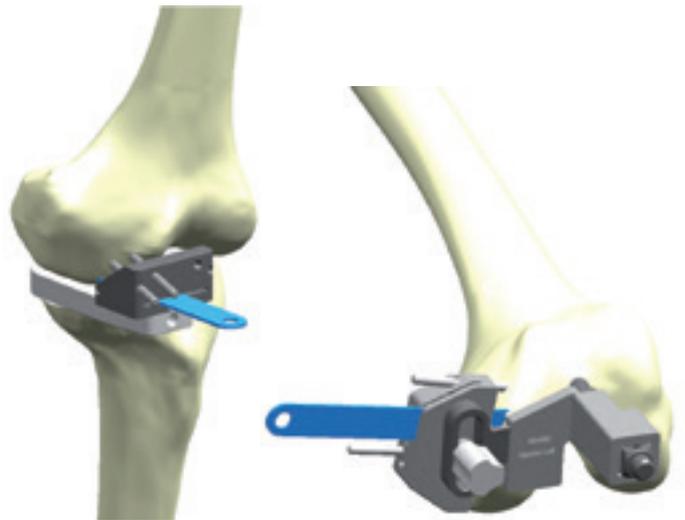


Validation de l'épaisseur du PE en extension
et ajustement de la coupe fémorale distale :
« 0 » ou « -2 »

3

COUPE FÉMORALE DISTALE

P.11



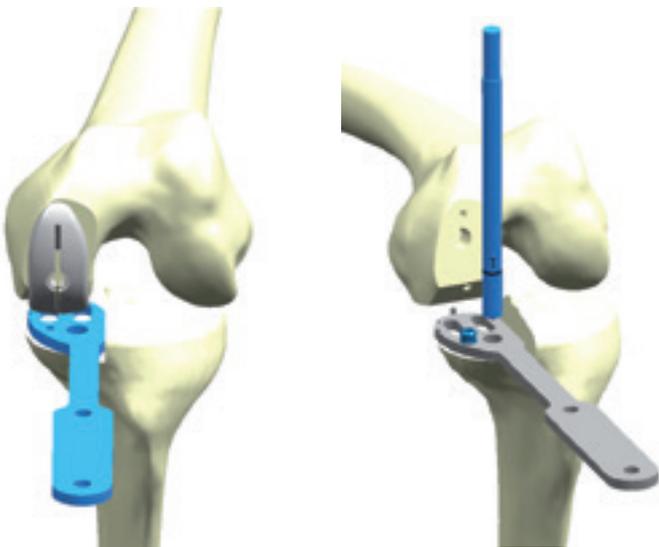
Extra-médullaire

Intra-médullaire

6

ESSAIS ET PRÉPARATION DU TIBIA

P.17



7

SCÉLÈMENT DES IMPLANTS

P.18



TABLE DES MATIÈRES

| RUBRIQUES | PAGE |
|---|-------------|
| PLANIFICATION | 7 |
| VOIE D'ABORD | 7 |
| ÉTAPE 1 : COUPE TIBIALE | 8 |
| ÉTAPE 2 : CONTROLE DES ESPACES | 10 |
| ÉTAPE 3 : COUPE FÉMORALE DISTALE Visée extra-médullaire | 11 |
| ÉTAPE 3 : COUPE FÉMORALE DISTALE Visée intra-médullaire | 12 |
| ÉTAPE 4 : COUPE FÉMORALE POSTÉRIEURE ET CHANFREIN | 14 |
| ÉTAPE 5 : ESSAIS ET PRÉPARATION DU FEMUR | 16 |
| ÉTAPE 6 : ESSAIS ET PRÉPARATION DU TIBIA | 17 |
| ÉTAPE 7 : SCÈLLEMENT DES IMPLANTS DÉFINITIFS | 18 |
| DISPOSITION DES PANIERS | 19 |

PLANIFICATION ET VOIE D'ABORD

PLANIFICATION

Sur la radiographie de face, déterminer le niveau de résection tibiale pour compenser le pincement de l'espace articulaire et corriger la déformation frontale. L'utilisation d'un cliché en stress peut faciliter l'évaluation de la correction souhaitée.

On peut partir du principe que 1 mm de surépaisseur d'implant par rapport aux surfaces articulaires usées permet 1° de correction sur l'axe du membre inférieur.

Sur la radiographie de profil, utiliser les calques afin de prédéterminer la taille du composant fémoral. La coupe fémorale distale doit être perpendiculaire à l'axe diaphysaire fémoral, le contour de l'implant doit se situer à 1 à 2 mm environ en dehors de la limite osseuse afin de retrouver le niveau de la surface articulaire.

On utilisera également la radiographie de profil afin d'évaluer la pente postérieure tibiale.

VOIE D'ABORD

> Réaliser une incision cutanée antéro-médiale ou antéro-latérale en fonction du compartiment à prothéser. L'incision peut débuter 1 cm au-dessus du bord supérieur de la rotule et descendre 6 à 10 cm le long du bord de la rotule et du tendon rotulien pour se terminer 2 cm sous le niveau de l'interligne. Si nécessaire, agrandir l'incision (première prise en main de l'instrumentation, patient obèse,...).

> Réaliser une arthrotomie parapatellaire, la luxation et l'éversion de la rotule ne sont pas nécessaires. Dans le cas d'utilisation du système de visée fémorale centro-médullaire, une subluxation rotulienne maintenue par la broche centro-médullaire est suffisante.

> Inciser le ménisque à la jonction capsulo-méniscale aussi postérieur que possible. Décoller le périoste tibial jusqu'au niveau anticipé de la coupe.

> Réaliser les ostéophylectomies fémorales et tibiales, mais le relâchement capsulo-ligamentaire doit être évité.

> Valider l'indication de la prothèse unicompartmentaire après inspection des autres compartiments du genou et du ligament croisé antérieur.

> **Avant toute coupe, marquer la limite du sillon condylo-trochléen afin d'éliminer le risque de conflit entre le composant fémoral et la rotule.**



COUPE TIBIALE

ÉTAPE 1 > Visée extra-médullaire

1/ Montage et mise en place

- Monter le système de visée extra-médullaire.
- Centrer le V bi-malléolaire sur la cheville, contrôler l'alignement en rotation du système de visée extra-médullaire et stabiliser le système au niveau de la cheville à l'aide de la bande élastique.
- Amener le guide de coupe tibiale à hauteur de la future coupe tibiale avant de le stabiliser avec une première broche de Ø3,2 placée dans l'oblong central de la tige d'alignement.



2/ Ajustement frontal et sagittal

- Aligner le système de visée sur l'axe mécanique du tibia dans le plan frontal en jouant sur la position médio-latérale de la tige de raccord au niveau de la cheville (vis 1).

NB : Par rapport à la position neutre, il est possible d'introduire un léger varus de la coupe en déplaçant la tige de raccord de 1 cm vers la malléole externe.

- Aligner le système de visée sur l'axe mécanique du tibia dans le plan sagittal en jouant sur la position antéropostérieure de la tige de raccord au niveau de la cheville (Vis 2). On cherchera à introduire une pente tibiale postérieure de l'ordre de 3°.

NB : Une pente trop marquée peut favoriser une hyper sollicitation du ligament croisé antérieur.

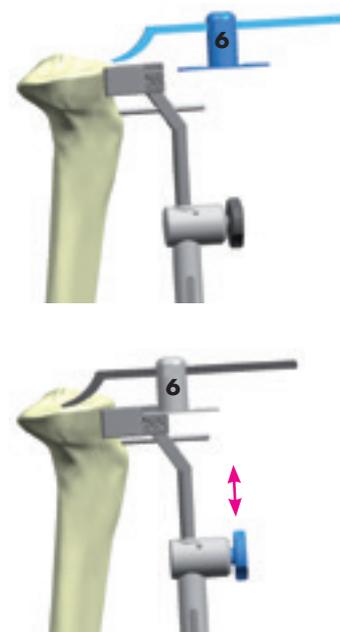


3/ Détermination de l'épaisseur de coupe tibiale

L'épaisseur minimale de l'implant tibial est de 9 mm. On réalisera en général une coupe de l'ordre de 6 mm à fond de cupule afin de compenser une usure limitée du plateau tibial. En cas d'usure plus importante, on réalisera une coupe à 2 mm sous le niveau de la cupule d'usure.

- Glisser le palpeur choisi (2 ou 6 mm) dans la fente du guide de coupe tibiale et ajuster le niveau de la coupe tibiale par rapport au centre de la cupule d'usure.

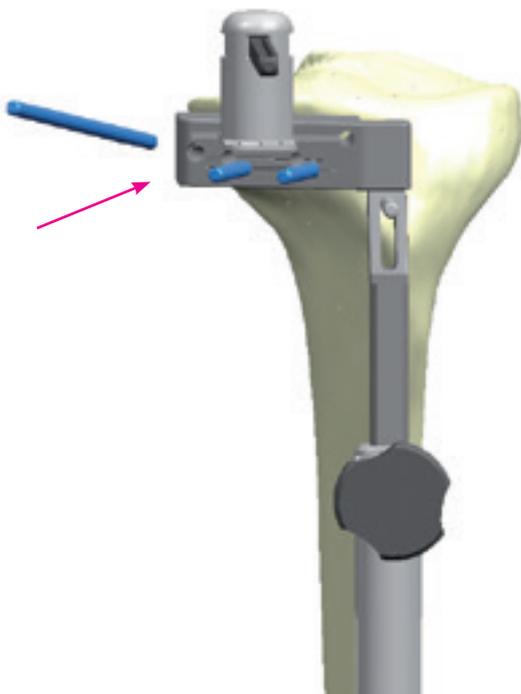
NB : La réalisation d'une coupe à 6 mm permet de compenser l'usure du plateau tibial et d'obtenir une correction de l'ordre de 3° si on utilise ensuite un implant d'épaisseur 9mm.



4/ Fixation du guide de coupe tibiale

- Fixer le guide de coupe tibiale à l'aide de deux broches de $\varnothing 3,2$ mm parallèles dans les deux trous les plus bas marqués « 0 ». Ceci permettra si nécessaire une recoupe ultérieure de 2 mm.
- Verrouiller le guide de coupe tibiale en position à l'aide d'une troisième broche de $\varnothing 3,2$ mm oblique.
- Retirer le palpeur tibial de la fente de coupe.

NB : On pourra garder le système de visée extra médullaire en place pour réaliser la coupe afin de garantir une parfaite stabilité du guide de coupe tibiale.

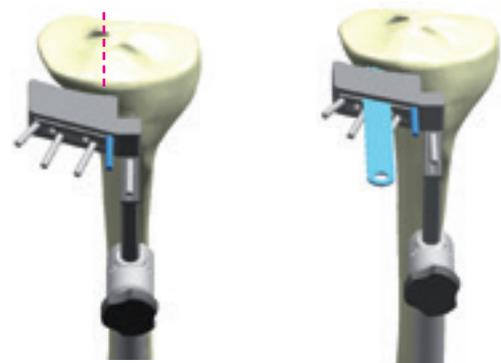


5/ Réalisation de la coupe tibiale

- Réaliser la coupe sagittale à la scie réciproquante. Dans le cas du compartiment interne, la coupe est strictement sagittale. Dans le cas du compartiment externe, la coupe est légèrement oblique en avant et en dedans.
- Glisser une broche de $\varnothing 3,2$ mm dans le trou situé à l'extrémité médiane de la fente de coupe. Celle-ci permet de matérialiser la limite de la coupe horizontale afin de préserver le massif des épines.
- Réaliser la coupe horizontale dans la fente du guide de coupe tibiale.

NB : Pour réaliser la coupe horizontale, utiliser une lame étroite (1,27x12,5 mm) de longueur minimale 60 mm.

- Retirer l'ensemble du système de visée tibiale extra médullaire mais conserver les deux broches parallèles dans le tibia.
- Introduire la cale tibiale d'essai correspondant à un polyéthylène de 7 mm. Si le genou est trop serré en extension comme en flexion, reprendre la coupe tibiale de 2 mm.



OPTION / Reprise de la coupe tibiale

- Décaler le guide de coupe tibiale de 2 mm vers le bas en le repositionnant dans les trous marqués « +2 » sur les deux broches parallèles.

CONTRÔLE DES ESPACES

ÉTAPE 2

1/ Contrôle de la stabilité ligamentaire en flexion à 90°

L'objectif de cette étape est de déterminer la bonne épaisseur de PE du point de vue de l'espace créé suite à la réalisation de la coupe tibiale.

- Insérer dans l'articulation en flexion à 90° les différentes platines tibiales d'équilibrage disponibles correspondant aux épaisseurs de PE 7, 9 et 11 mm.

NB : Si le genou est serré avec la plus petite épaisseur de PE : 7 mm, contrôler la pente tibiale et/ou reprendre la coupe tibiale de 2 mm afin de libérer l'espace suffisant en flexion.

- Sélectionner l'épaisseur de PE la plus adaptée du point de vue de la stabilité du genou en flexion à 90°.

NB : L'épaisseur de la coupe fémorale postérieure sera égale à l'épaisseur postérieure du condyle prothétique (6 à 9 mm en fonction de la taille du composant fémoral).



2/ Contrôle de la stabilité ligamentaire en extension

L'objectif de cette étape est de valider en extension le choix de l'épaisseur de PE fait en flexion à 90°. L'ajustement entre extension et flexion se fera au niveau de la coupe fémorale distale.

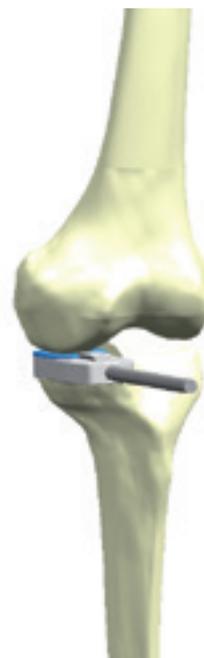
- Insérer dans l'articulation en extension complète la platine tibiale d'équilibrage choisie en flexion à 90°.
- Contrôler la stabilité et la correction sur l'alignement du membre inférieur ainsi obtenues :

A/ Si la correction et la stabilité obtenues sont satisfaisantes, valider le choix de l'épaisseur de PE en extension et prévoir une coupe fémorale distale standard correspondant à l'épaisseur de l'implant, notée **coupe à « 0 »**.

B/ Si la correction et/ou la stabilité obtenues sont insuffisantes, ajouter la cale de rehausse de 2 mm et contrôler à nouveau la stabilité et l'alignement en extension. Cette cale doit permettre de compenser l'usure du condyle fémoral distal. Prévoir alors une coupe fémorale distale réduite de 2 mm par rapport à l'épaisseur de l'implant, notée **coupe à « - 2 »**.



Cas A :
coupe distale à « 0 »



Cas B :
coupe distale à « -2 »

COUPE FÉMORALE DISTALE

ÉTAPE 3 > Visée extra-médullaire

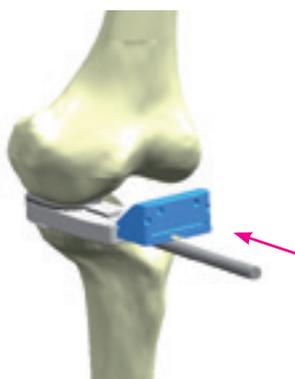
1/ Mise en place et ajustement de la coupe

- Suite à l'étape de contrôle de la stabilité ligamentaire en extension, laisser en place la platine tibiale d'équilibrage choisie ainsi que la cale de rehausse de 2mm si celle-ci a été nécessaire.
- Glisser le guide de coupe fémorale distale d'extension sur la platine d'équilibrage au niveau de la queue d'aronde.

NB : L'épaisseur de coupe est automatiquement adaptée à « 0 » ou « -2 » selon que la cale de rehausse de 2 mm est interposée ou non entre le condyle distal et la platine tibiale d'équilibrage.

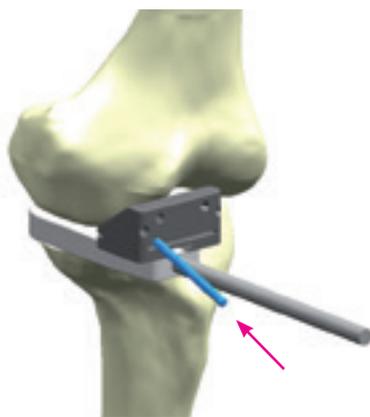
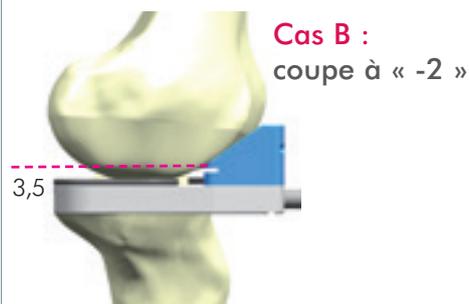
- Conserver le genou en extension, le guide de coupe distale est ainsi parallèle à la coupe tibiale réalisée, dans le plan frontal et dans le plan sagittal.

NB : Il est important de s'assurer que la coupe fémorale distale ne déborde pas le sillon condylo-trochléen. Si c'est le cas, fléchir légèrement le genou pour réduire le débord antérieur de la coupe.



2/ Fixation du guide de coupe fémorale distale

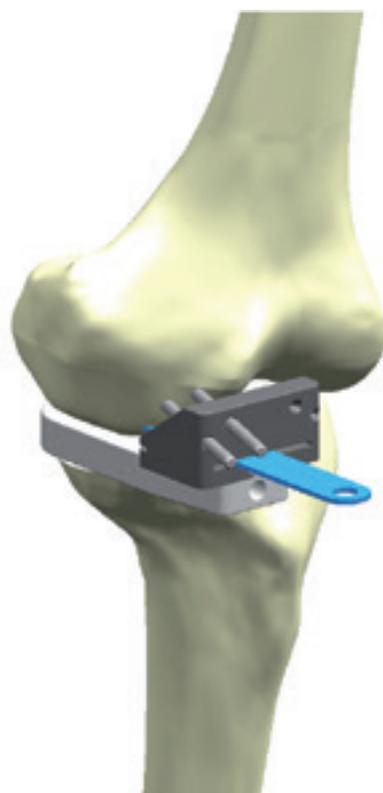
- Glisser le guide de coupe fémorale distale au plus près de l'os. La platine tibiale d'équilibrage doit être au contact du condyle distal.
- Contrôler à nouveau l'alignement du membre inférieur et verrouiller le guide de coupe fémorale distale en position à l'aide d'une ou deux broches obliques de Ø3,2 mm.



3/ Réalisation de la coupe en extension

- Dévisser la tige de préhension de la platine tibiale d'équilibrage qui reste en place et réaliser la coupe fémorale distale dans la fente du guide de coupe en extension.

NB : Pour réaliser la coupe distale, utiliser une lame étroite (1,27x12,5 mm) de longueur minimale 60 mm.



COUPE FÉMORALE DISTALE

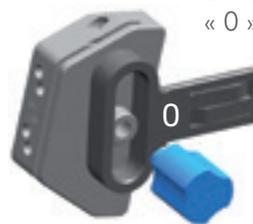
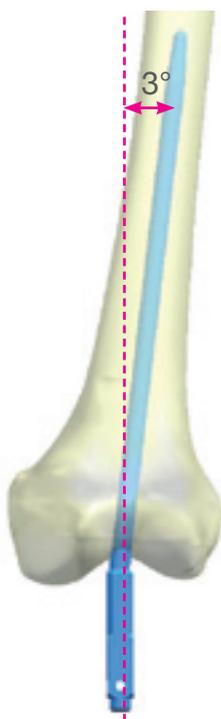
ÉTAPE 3 > Visée intra-médullaire

1/ Mise en place et ajustement de la coupe fémorale distale

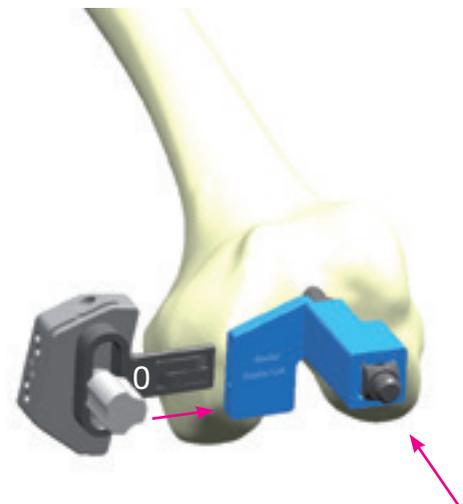
- Genou en flexion à 90°, préparer le passage de la broche centro-médullaire avec le foret à main.
- Introduire la broche de 3° ou 7° en fonction du degré de correction angulaire souhaité. On lira sur le dessus de la section carrée si la broche est correctement orientée pour un genou Droit ou un genou Gauche.

NB : Pour une hypo correction sur genu varum, prévoir une coupe fémorale distale en léger varus et utiliser la broche de 3°. Sur genu valgum, utiliser la broche de 7°.

- Visser le support orienteur sur le guide de coupe fémorale distale pour une coupe à « 0 » ou une coupe à « -2 » (marquage sur le dessus) en fonction du résultat de l'étape de contrôle de stabilité ligamentaire en extension.
- Glisser le raccord d'appui distal adapté (Droit ou Gauche) sur la broche centromédullaire et rapporter le guide de coupe fémorale distale sur le côté par l'intermédiaire de son support.



Exemple de positionnement du support orienteur à « 0 » pour une coupe standard

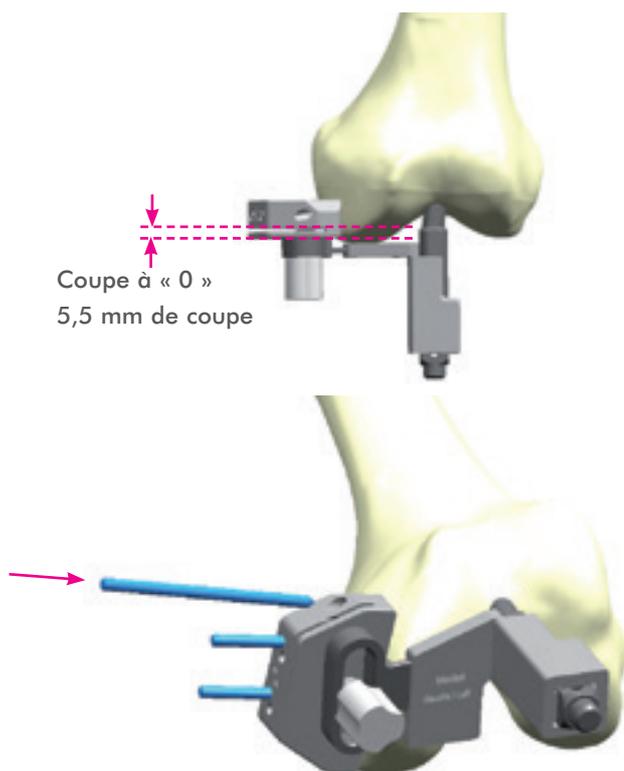


2/ Fixation du guide de coupe fémorale distale

Rappel : Faire une coupe fémorale distale à « 0 » si le contrôle de l'équilibrage en extension n'a pas nécessité l'utilisation de la cale de rehausse de 2 mm.

Faire une coupe fémorale distale à « -2 » si le contrôle de l'équilibrage en extension a nécessité l'utilisation de la cale de rehausse de 2 mm.

- Approcher le guide de coupe fémorale distale au plus près du condyle. Le repère d'appui distal doit être en contact avec le condyle distal.
- Fixer le guide de coupe fémorale distale à l'aide de deux broches de $\text{Ø}3,2$ mm parallèles dans les deux trous marqués « 0 ». Ceci permettra si nécessaire une recoupe ultérieure de 2 mm.
- Verrouiller le guide de coupe en position à l'aide d'une troisième broche oblique de $\text{Ø}3,2$ mm.

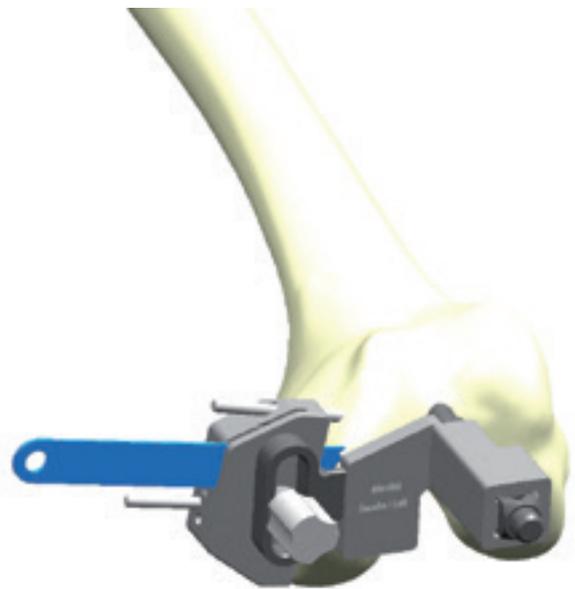


3/ Réalisation de la coupe fémorale distale sur le côté

- Réaliser la coupe fémorale distale dans la fente du guide de coupe.

NB 1 : Il est possible de conserver le système de visée centro-médullaire en place lors de la coupe pour assurer une stabilité optimale du guide.

NB 2 : Pour réaliser la coupe fémorale distale, utiliser une lame étroite (1,27x12,5 mm) de longueur minimale 60 mm.



COUPE FEMORALE POSTERIEURE ET CHANFREIN

ÉTAPE 4

1/ Détermination de la taille et de la position de l'implant fémoral en flexion à 90°

- Insérer dans l'articulation en flexion à 90° la platine tibiale d'équilibrage correspondant à l'épaisseur de PE choisie (Voir ÉTAPE 2 : Contrôle des espaces).

NB : La cale de rehausse métallique de 2 mm ne doit pas être utilisée en flexion.

- Rappporter sur la platine tibiale les différentes tailles de gabarits fémoraux disponibles (Tailles 1 à 5), et sélectionner le plus grand ne présentant pas de débord antérieur par rapport à la coupe distale. Si nécessaire, ajuster la flexion du genou afin que le gabarit puisse être parfaitement plaqué sur la coupe fémorale distale.

NB 1 : La coupe fémorale postérieure est parallèle à la coupe tibiale pour l'épaisseur de PE choisie.

NB 2 : L'épaisseur de coupe fémorale postérieure est égale à l'épaisseur de l'implant (Respectivement 6, 7, 8, 8 et 9 mm pour les tailles 1 à 5).



OPTION / Contrôle de la rotation du composant fémoral en extension

- Avant de réaliser la coupe fémorale postérieure et le chanfrein :

1. Réaliser deux perçages à l'aide de la mèche Ø3,2 mm au niveau des deux trous axiaux du gabarit fémoral choisi puis retirer platine et gabarit.

2. Positionner le patin fémoral distal d'essai de la taille adaptée dans les deux trous Ø3,2 mm réalisés.

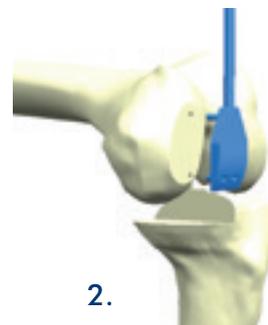
- Mettre en place l'implant tibial d'essai d'épaisseur et de taille adaptées à l'espace de flexion muni de sa tige d'alignement

3. Genou en extension complète, contrôler l'alignement relatif des pièces fémorale et tibiale.

4. En cas de défaut d'alignement en extension, il est possible d'utiliser un des trous décalés du patin fémoral distal pour marquer une correction angulaire de $\pm 8^\circ$ sur la rotation axiale du composant fémoral. Ceci permettra de repositionner le gabarit fémoral dans le nouveau trou réalisé.



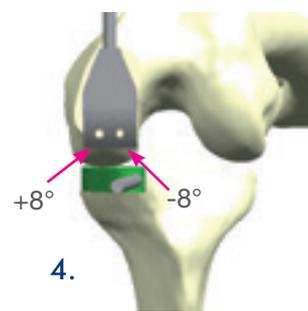
1.



2.



3.



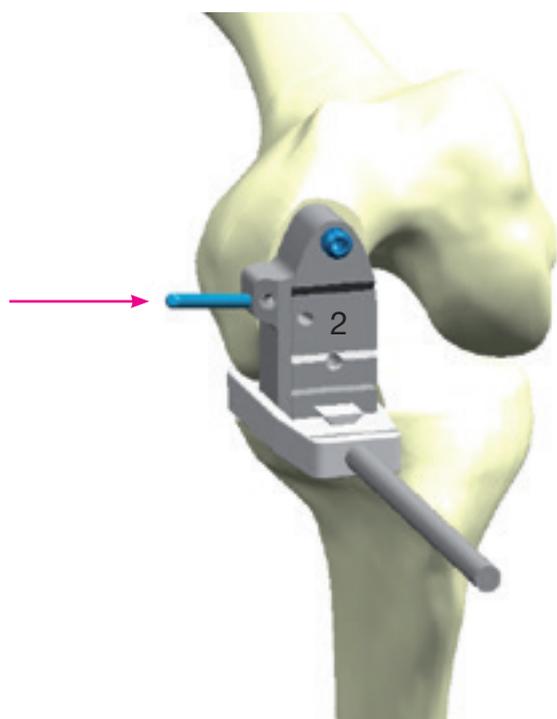
4.

2/ Fixation du gabarit fémoral

- Vérifier que le gabarit fémoral est parfaitement appliqué sur la coupe fémorale distale.
- Fixer le gabarit fémoral à l'aide d'un clou à tête au niveau du trou axial antérieur et d'une broche $\varnothing 3,2$ mm oblique au niveau de l'oreille latérale.

NB 1 : Afin de stabiliser le gabarit pour la réalisation de la coupe postérieure ou pour permettre son repositionnement (Voir Option page précédente) on peut utiliser une broche $\varnothing 3,2$ mm au niveau du trou postérieur du gabarit. Il sera nécessaire de retirer cette broche supplémentaire avant de compléter la réalisation du chanfrein.

NB 2 : Pour éviter le conflit de l'oreille latérale avec la rotule, tourner le gabarit fémoral afin de placer cette oreille du côté médial. Attention alors à bien protéger le ligament croisé antérieur.

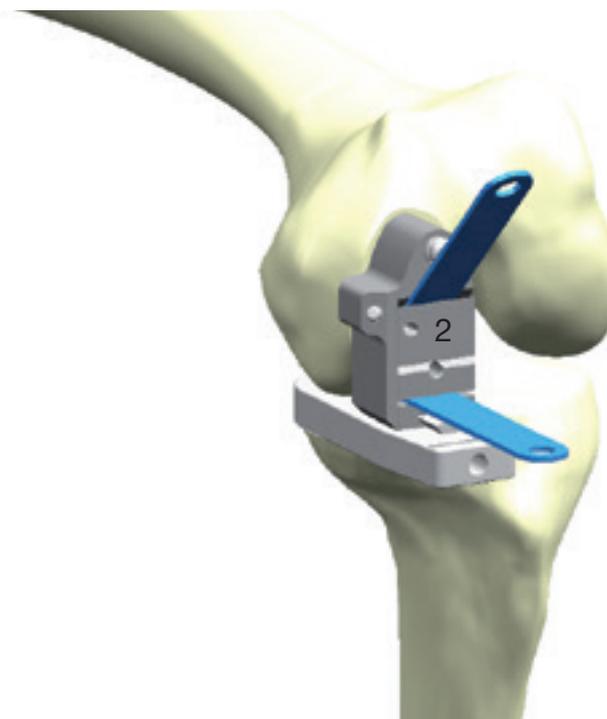


3/ Réalisation de la coupe postérieure et du chanfrein

- Réaliser la coupe fémorale postérieure dans la fente postérieure du gabarit fémoral.
- Réaliser la coupe du chanfrein dans la fente inclinée à 45° vers l'arrière du gabarit fémoral. Avant de compléter cette coupe, il est nécessaire de retirer la broche $\varnothing 3,2$ mm éventuellement utilisée au niveau du trou postérieur du gabarit.

NB 1 : Il est possible de conserver la platine d'équilibrage en place lors de la coupe pour assurer une stabilité optimale du gabarit.

NB 2 : Pour réaliser les coupes fémorales, utiliser une lame étroite ($1,27 \times 12,5$ mm) de longueur minimale 60 mm.

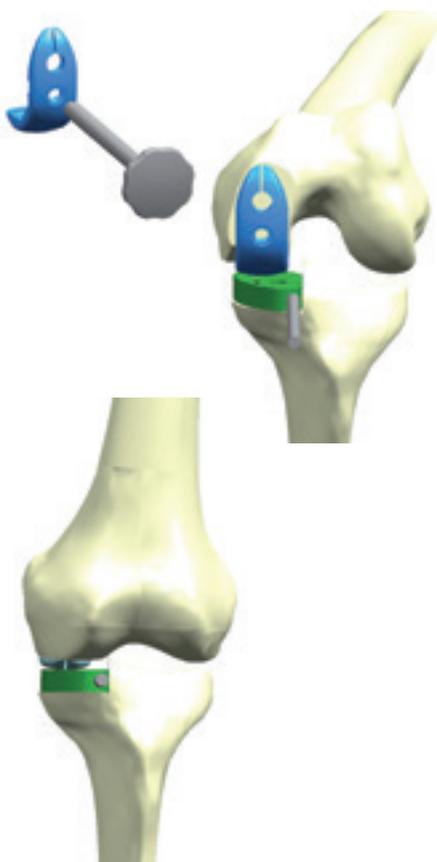


ESSAIS & PREPARATION DU FEMUR

ÉTAPE 5

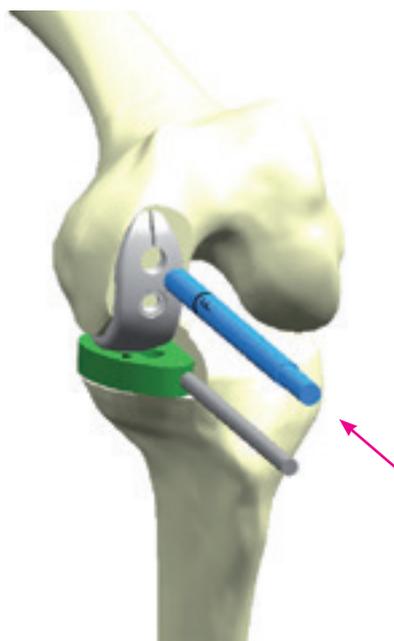
1/ Composant fémoral d'essai sans plot

- Visser la tige de préhension sur le composant fémoral d'essai sans plot de la taille choisie.
- Utiliser le plateau tibial d'essai de l'épaisseur choisie et de taille adaptée afin de contrôler le centrage du composant fémoral d'essai lors de son impaction.
- Dévisser la tige de préhension du composant fémoral d'essai sans plot et tester le genou en flexion et en extension. Contrôler notamment le bon centrage médio latéral du composant fémoral sur le tibia.



2/ Préparation du plot fémoral

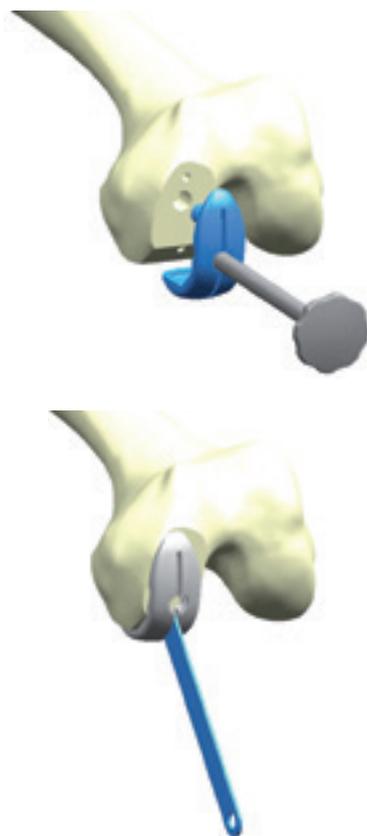
- Verrouiller si nécessaire la position du composant fémoral d'essai sans plot à l'aide d'une broche $\text{Ø}3,2$ mm.
- Réaliser le logement pour le plot fémoral à l'aide de la mèche de $\text{Ø}7,5$ mm. Faire avancer la mèche jusqu'au niveau de la marque « F » pour fémur.



3/ Composant fémoral d'essai avec plot

- Visser la tige de préhension sur le composant fémoral d'essai avec plot de la taille choisie.
- Impacter le composant fémoral d'essai.
- Réaliser le logement pour l'ailette fémorale à l'aide de la scie oscillante en se guidant sur la fente longitudinale du composant d'essai.

NB : A l'aide d'un ciseau courbe, éliminer les ostéophytes postérieurs et les éventuels segments osseux postérieurs débordant du condyle prothétique.

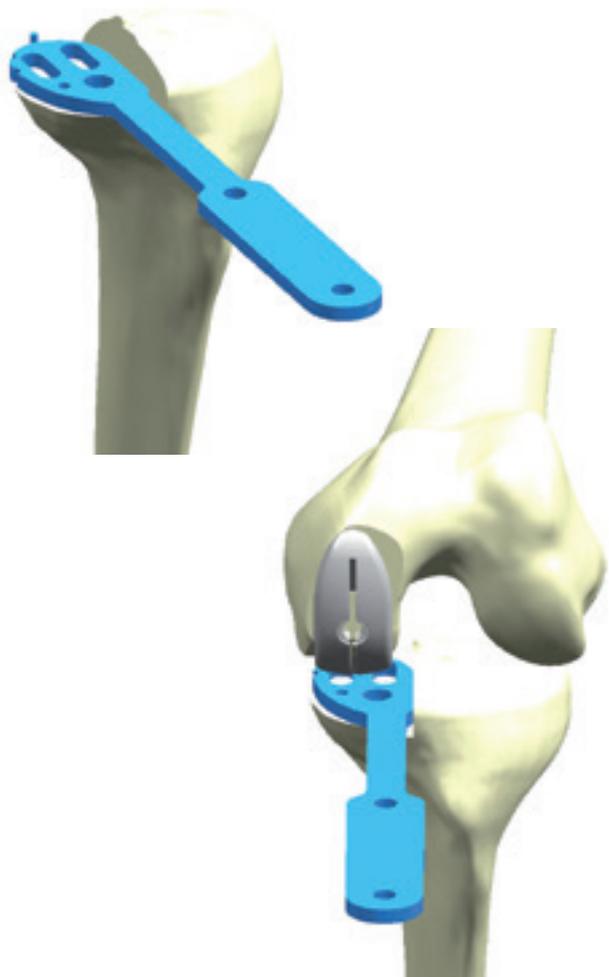


ESSAIS & PREPARATION DU TIBIA

ÉTAPE 6

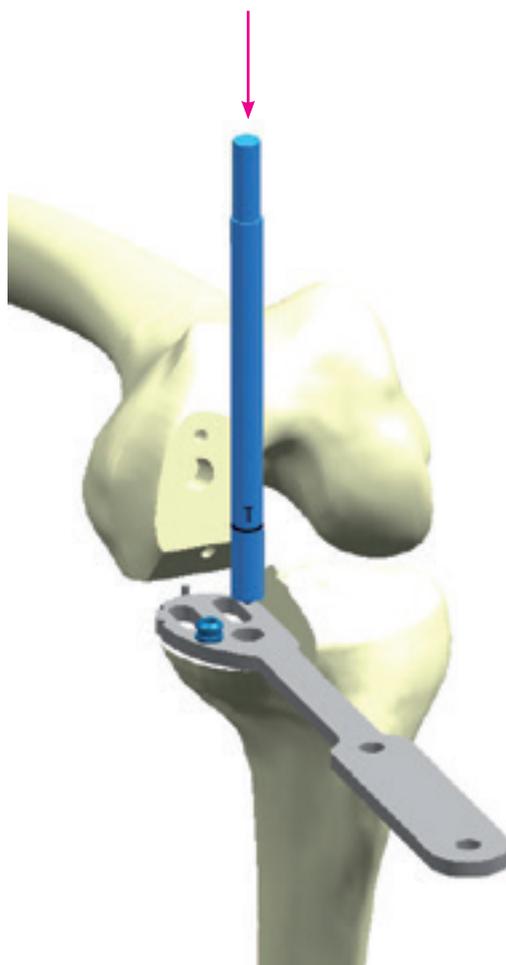
1/ Choix et positionnement de l'embase tibiale

- Choisir la taille d'embase tibiale (tailles 1 à 5) offrant le meilleur recouvrement de la surface tibiale à l'aide des gabarits d'essais.
- S'assurer que le gabarit choisi ne présente pas de débord notamment postérieur en crochétant l'arrière du plateau tibial ou postéro-interne en palpant le rebord du plateau tibial.
- Contrôler le bon positionnement médio-latéral du gabarit tibial ainsi que sa rotation pour assurer le meilleur centrage possible avec le composant fémoral. Si nécessaire, ajuster la coupe sagittale.



2/ Préparation du plot tibial

- Fixer le gabarit tibial d'essai choisi avec un clou à tête puis réaliser le logement pour le plot tibial à l'aide de la mèche de Ø7,5 mm. Faire avancer la mèche jusqu'au niveau de la marque « T » pour tibia.



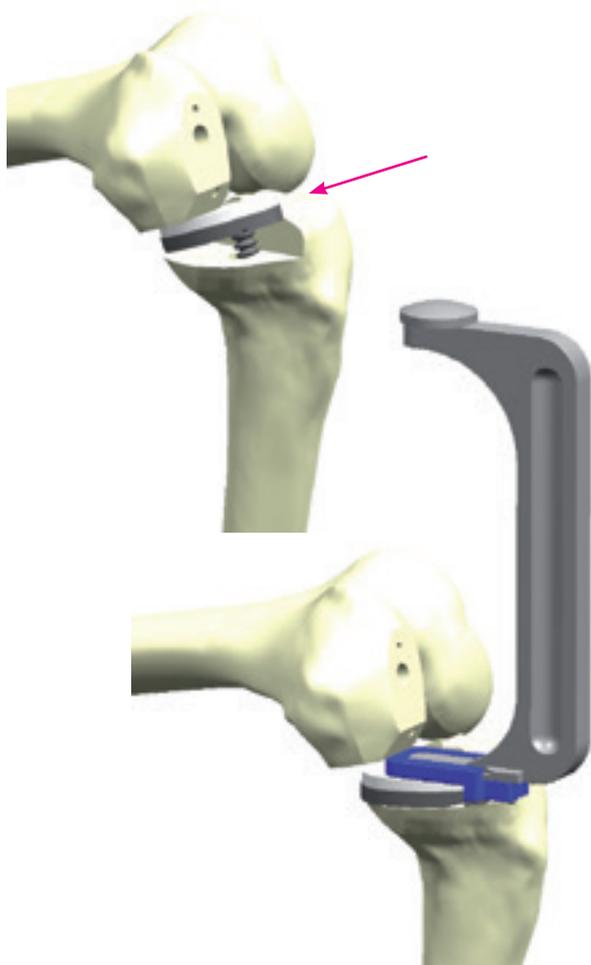
■ SCELLEMENT DES IMPLANTS DÉFINITIFS ■

ÉTAPE 7 > Tibia

Fémur

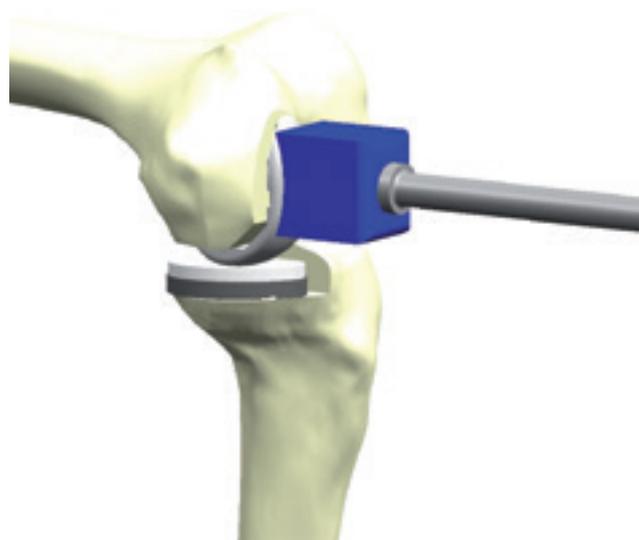
1/ Implant tibial

- Mettre le genou en flexion à 110°, le tibia en rotation externe pour une prothèse interne ou en rotation interne pour une prothèse externe.
- Clipser le plateau en polyéthylène de l'épaisseur choisie sur son embase métallique. Le plateau polyéthylène est de la même taille que l'embase.
- Sceller d'abord l'embase tibiale à l'aide de l'impacteur tibial.



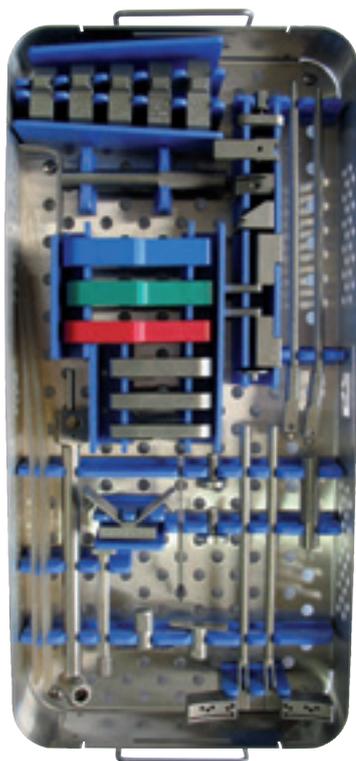
2/ Implant fémoral

- Mettre le genou en flexion à 90°.
- Monter le composant fémoral définitif sur le préhenseur.
- Impacter le composant fémoral définitif à l'aide de l'impacteur fémoral.



DISPOSITION DES PANIERS

PANIER N°1 - REF. 1912_1



COUPE TIBIALE

REF.

| | |
|---|-------------|
| SUPPORT POUR ALIGNEMENT TIBIAL | 8011 |
| SUPPORT GUIDAGE MEDIO-LATERAL ET SUPPORT VE | 8020 |
| TIGE GUIDE TIBIAL TIBIO-TARSIEN | 8012 |
| VIS POUR POTENCE RACCORD ALESOR x 2 | 8046 |
| CAOUTCHOUC x 2 | 1165 |
| GUIDE DE COUPE TIBIALE Interne Droit & Gauche | 7336 & 7337 |
| PALPEUR TIBIAL CORPS 2, 6 ou 9 mm | 7323 & 7347 |
| PALPEUR TIBIAL JAUGE | 7324 |

MESURE DES ESPACES

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| PLATINE TIBIALE PE 7, 9 et 11 mm | 7340 à 7342 |
| CALE Ep 2 mm | 7 320 |
| CALE DE CONTROLE PE 7, 9 et 11 mm | 7310 à 7312 |

COUPE FEMORALE DISTALE

| | |
|---|-------------|
| BROCHE 3° et 7° | 7313 & 7317 |
| MANCHE POUR EXTRACTION DE LA TIGE CENTRO | 2491 |
| RACCORD FEMORAL EXTRAMED | 7345 |
| RACCORD FEMORAL CENTROMED Interne Droit et Gauche | 7338 & 7339 |
| LEVIER RACCORD FEMORAL | 7330 |
| VIS RACCORD FEMORAL | 7344 |
| GUIDE COUPE FEMORALE DISTALE | 7321 |
| GUIDE COUPE FEMORALE DISTALE EXTERNE | 7346 |

COUPE POSTÉRIEURE ET CHANFREIN

| | |
|--|-------------|
| PATIN JAUGE AP | 1757 |
| GUIDE COUPES FEMORALES POST-CH T1 à T5 | 7325 à 7329 |

PREPARATION FEMORALE ET ESSAIS

| | |
|---|-------------|
| PATIN ESSAI FEMORAL DISTAL T1 à T5 | 7331 à 7335 |
| IMPLANT FEMORAL D'ESSAI GABARIT PERCAGE T1 à T5 | 1832 à 1836 |
| FORET SANS COLLERETTE Ø7,5 mm | 1726 |
| IMPLANT FEMORAL D'ESSAI T1 à T5 | 1735 à 1739 |
| TIGE DE PREHENSION | 7349 |

PREPARATION TIBIALE ET ESSAIS

| | |
|---|-------------|
| GABARIT DE TRACAGE TIBIAL T1 à T5 | 2180 à 2184 |
| PLATEAU TIBIAL D'ESSAI T1 PE 7, 9 et 11mm | 2020 à 2022 |
| PLATEAU TIBIAL D'ESSAI T2 PE 7, 9 et 11mm | 2025 à 2027 |
| PLATEAU TIBIAL D'ESSAI T3 PE 7, 9 et 11mm | 2030 à 2032 |
| PLATEAU TIBIAL D'ESSAI T4 PE 7, 9 et 11mm | 2035 à 2037 |
| PLATEAU TIBIAL D'ESSAI T5 PE 7, 9 et 11mm | 2040 à 2042 |
| TIGE DE PREHENSION X 2 | 1772 |

IMPACTEURS

| | |
|-------------------------|------|
| IMPACTEUR TIBIAL | 7322 |
| PATIN IMPACTEUR TIBIAL | 7348 |
| MANCHE IMPACTEUR | 2048 |
| PATIN IMPACTEUR FEMORAL | 1758 |

DIVERS

| | |
|---|------|
| CLOU A TETE LONG X 2 | 6017 |
| CLOU A TETE COURT X 2 | 6016 |
| PINCE ARRACHE CLOU | 1473 |
| MECHE Ø3,2 mm Lg 130 mm AVEC RACCORD AO | 2985 |
| MECHE Ø3,2 mm Lg 130 mm | 2086 |
| BROCHE Ø3,2 mm Lg 100 mm X 6 | 2039 |
| PINCE ARRACHE BROCHE Ø3,2 mm | 8057 |
| RAPE | 2056 |
| REGLET | 1102 |

PANIER N°2 - REF. 1912_2



HERMES UNI

LE GENOU PEU CONTRAINT À PLATEAU FIXE

- Balance ligamentaire en flexion et extension
- Approche mini invasive
- Technique extra et intra médullaire pour la coupe fémorale distale



Document destiné exclusivement aux professionnels de Santé. HERMES UNI - prothèse unicompartmentaire du genou - est un dispositif médical marqué CE de classe IIb fabriqué par la société CERAVER - LES LABORATOIRES OSTEAL MEDICAL. L'évaluation de la conformité a été réalisée par l'Organisme Notifié G-MED N°0459. HERMES UNI est destiné à remplacer totalement une articulation de genou ne pouvant être soignée par le biais d'autres thérapies. Avant toute opération chirurgicale, lisez attentivement la notice d'instructions, et la technique opératoire. Pour le bon usage et la pose de ces dispositifs, les professionnels qualifiés doivent utiliser les instruments du kit associé. HERMES UNI est un dispositif médical pris en charge par l'Assurance Maladie dans certaines conditions. Consulter les modalités sur le site ameli.fr.



CERAVER - LES LABORATOIRES OSTEAL MEDICAL
69, RUE DE LA BELLE ÉTOILE
95957 ROISSY CDG CEDEX - FRANCE
TEL. : (+33) 1 48 63 88 63 - FAX : (+33) 1 49 89 05 05
WWW.CERAVER.COM - CONTACT@CERAVER.COM



CERAVER OSTEAL AMERICA INC.
2277 GUENETTE
SAINT LAURENT QUEBEC H4R 2E9
CANADA
TEL: + 19 1 514 856 2435
FAX: + 19 1 514 856 2444
coai@qc.aira.com

CERAVER DEUTSCHLAND GmbH
FRANKFURTER STRASSE 18
D-61231 BAD NAUHEIM
DEUTSCHLAND
TEL: + 49 60 32 86 98 462
FAX: + 49 60 32 86 98 480
ceraver@web.de

CERAVER IBERICA
BELTRAN BAGUENA, 5-10-10
46009 VALENCIA
ESPAÑA
TEL: +34 96 348 10 17
FAX: +34 96 348 10 02
info@ceraver.es

CERAVER ITALIA
VIA PRATI, 29
40012 CALDERARA DI RENO (BO)
ITALIA
TEL: +39 051 72 88 76
FAX: +39 051 72 78 03
info@ceraver.it

CERAVER SOUTH AFRICA (PTY) LTD
11 POLO CRESCENT
WOODMEAD OFFICE PARK,
WOODMEAD, 2191, SANDTON,
GAUTENG - SOUTH AFRICA
TEL: + 27 11 656 3719
FAX: + 27 865 474 635