

OP Technik zur Einbringung des Midlock™ Implantates



Indikationen

- Schmerzhafter kindlicher/jugendlicher Knick-Plattfuß / Pädiatrischer Pes Valgus
- Flexibler Knick-Plattfuß des Erwachsenen (Begleitmaßnahme)
- Posteriore Fehlfunktion der Tibiasehnen bei Erwachsenen (als begleitende Maßnahme)

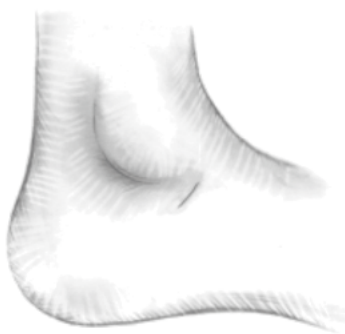
Kontraindikationen: Siehe Gebrauchsanweisung / Instruction for Use

Operationstechnik

Der Patient befindet sich in Rückenlage auf dem Operationstisch. Um einen einfachen Zugang zum Tarsalgelenk zu ermöglichen ist die Seitenfläche des Fußes freigelegt und die mediale Oberfläche auf dem Operationstisch. Die Operation kann unter örtlicher oder allgemeiner Betäubung durchgeführt werden. Letztere wird bei Kindern bevorzugt, um unerwartete Bewegungen zu vermeiden.

Schnitt und Dissektion

- Ein 1-3 cm Schnitt führt über dem Sinus tarsi entlang der Spannungslinien der entspannten Haut. (Abbildung 1).
 - Die zwischenliegenden dorsalen Kutannerven sollten oberhalb des Schnitts verlaufen.
 - Der Suralnerv sollte unterhalb des Schnitts verlaufen.
 - In die tiefe Fascia schneiden. (Abbildung 2)
- Die anterior-laterale Kante des posterioren Bereichs des Fersenbeins sollte nach Ausführen der Dissektion in den Tarsalkanal tastbar sein.



(Abb.1)



(Abb.2)

Darstellung des Sinus tarsi. Nervus Cutaneus dorsalis intermedius und N. Suralis.

Einführen der Sonde

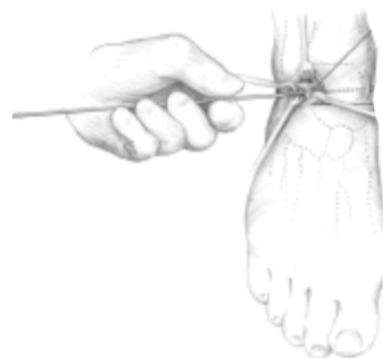
- Einführen der Sonde durch den Sinus tarsi in den Sinus canalis von lateral in mediale Richtung, bis am medialen Bereich des Fußes eine Ausbuchtung erkennbar ist (Abbildung 3).
- Die Sonde muss im rechten Winkel zur lateralen Seite des Fersenbeins positioniert werden, in leichtem posterioren und superioren Winkel.
- Bewegen der Sonde im und gegen den Uhrzeigersinn um den Tarsalkanal leicht zu dehnen.
- Entfernen der Sonde.



(Abb.3)

Einführen des Führungsdrahtes

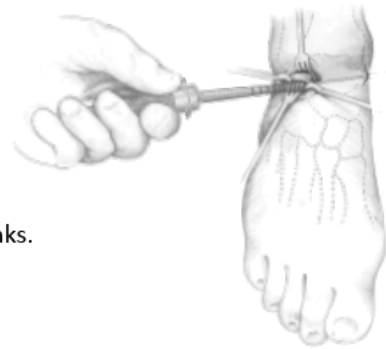
- Einführen des Führungsdrahtes, geradeunterhalb der Tibialis posterior Sehne und leicht inferior zum medialen Knöchel, bis die distale Seite an der medialen Seite unter der Haut spürbar ist. (Abbildung 4)



(Abb.4)

Sizer einführen

- Setzen der kanulierten Probeschraube 7mm über den Führungsdraht und führen durch den Sinus tarsi in den Sinus canalis von lateral nach medial. (Abbildung 5)
- Prüfen des Bewegungsbereiches des Subtalargelenks.
- Progressives Einführen die Sizer (8, 9, 10, 11, 12mm) bis die gewünschte Korrektur erreicht ist.
- Die richtige Größe ermöglicht etwa 2-4 Grad Eversion des Subtalargelenks.
- Prüfen Sie den Bewegungsbereich des Subtalargelenks.



(Abb.5)

Intra-operative Röntgenbilder

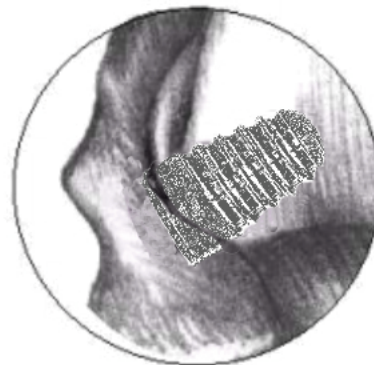
- Zur Bestimmung der korrekten Position in der AP (anteroposterioren) Ansicht sollte sich die Führungskante des Probeimplantats der longitudinalen Bisektion des Talus annähern, diese aber nicht kreuzen.
- Die Hinterkante des Implantats sollte mindestens 5mm medial zur lateralen Wand des Fersenbeins liegen (Abbildung 7).
- Bei der Untersuchung der lateralen Ansicht sollte das Probeimplantat angewinkelt posterior sein, und das Implantat darf nicht auf dem Boden des Fersenbeins aufliegen.

Einsetzen des definitiven Implantates

- Sobald die passende Größe und Platzierung des Probeimplantats bestimmt wurde, entfernen des Probeimplantates.
- Das entsprechende sterile Implantat wird auf das Setzinstrument 3,5mm Sechskantschraubendreher über den Führungsdraht gesetzt und im Uhrzeigersinn eingeschraubt, bis die gewünschte Korrektur erkennbar ist (Abbildung 6).
- Intra-operative Röntgenbilder sind unverzichtbar um ordnungsgemäße Positionierung des Implantats zu überprüfen.
- Sobald das Implantat ordnungsgemäß positioniert ist, prüfen des Bewegungsbereiches des Subtalargelenks.
- Die richtige Größe ermöglicht 2-4 Grad Eversion des Subtalargelenks.
- Gegebenenfalls wiederholte Röntgenkontrolle.



(Abb.6)



(Abb.7)

Führungsdraht entfernen und Wundverschluss

- Wenn die gewünschte Positionierung des Midlock™ Implantats erreicht ist (Abbildung 7), wird der Führungsstift nach medial zurückgezogen.
- Gründliches Spülen der Wunde mit Salzlösung.
- Schichtweises Schließen der Gewebeschichten.
- Anlegen eines schwachen Druckverbandes.

Post-Operative Nachbehandlung

- Ruhstellung in den ersten 48 Stunden.
- Für zwei Wochen langsame Gewichtsbelastung in einem entfernbaren Gehgips unterhalb des Knies.
- Im folgenden Monat langsame Wiederaufnahme der Aktivitäten.
- Die postoperative Nachbehandlung sollte begleitende Verfahren berücksichtigen.

Der schmerzhafte Knick-Plattfuß

Unter Plattfuß versteht man einen Fuß, der sich durch die Abflachung des Plantargewölbes auszeichnet. Der Fuß neigt dazu, in seinem dorsalen und zentralen Teil nach innen zu gleiten wobei das Sprungbein verschoben wird.

Die Behandlung des schmerzhaften Knick-Plattfußes beim Kind und dem Erwachsenen hat seit der Einführung von Endorthesen eine bedeutsame Veränderung erfahren. Die extraarticuläre Arthrorise mit dem Prosimed Midlock™ Implantat ersetzen in vielen Fällen die traditionellen Operationsverfahren.



Verfügbare Größen

Artikel Nr.	Durchmesser	Länge
ML 0713	7 mm	13 mm
ML 0814	8 mm	14 mm
ML 0915	9 mm	15 mm
ML 1016	10 mm	16 mm
ML 1117	11 mm	17 mm
ML 1218	12 mm	18 mm



Vertrieb:



Argomedical GmbH

Querumer Strasse 3

D-38104 Braunschweig

Tel. +49 (0)531-70 12 74 - 0

Fax. +49 (0)531-70 12 74 - 10

info@argomedical.de

www.argomedical.de

PROSIMED S.r.l.

Hersteller:

Prosimed S.R.L

Via della Magliana, 295

I-00146 – Rom

+39-0655264728

www.prosimed.it