HEXABIO Retail

Attelles et Implants orthopédiques

ATTELLES & IMPLANTS ORTHOPÉDIQUES

CATALOGUE 2021

Sommaire

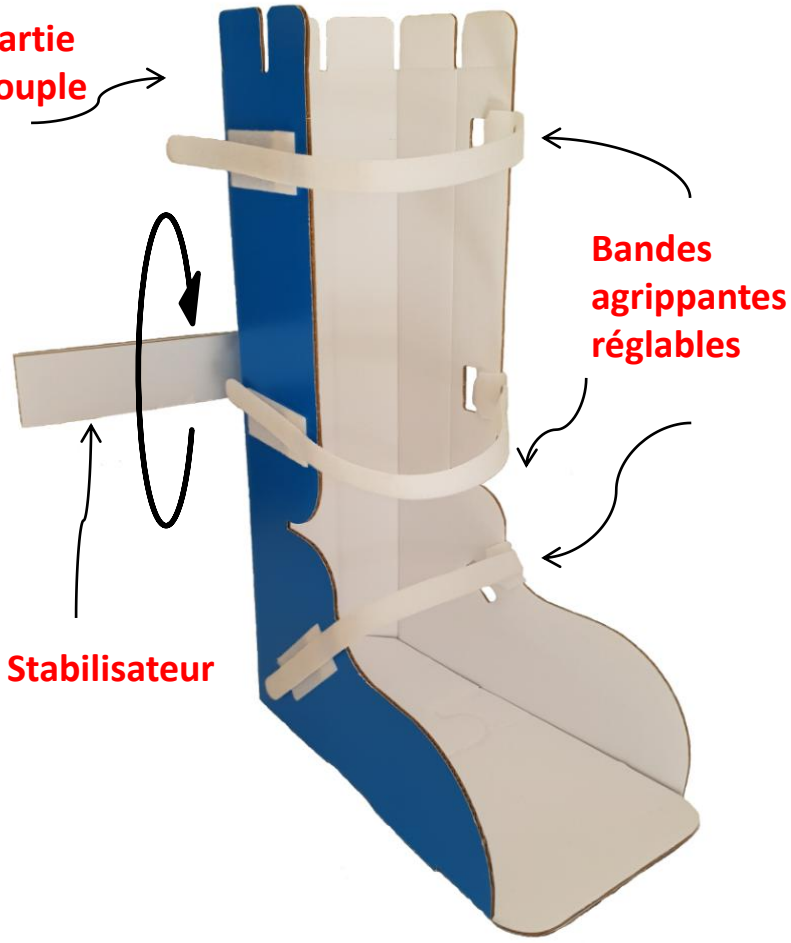
Attelle d'immobilisation Hexor®..... P 2 à 4
Implant métatarsien.....P 5 à 9
Vis pédiatrique.....P 10
Main malléable.....P 11
Broche de kirschner/capuchon.....P 12
Broche de Métaizeau.....P 13 à 14
Fixateur de doigt.....P 15 à 23

HEXABIO RETAIL
10 rue de la Somme
33600 Pessac – France
www.hexabio-retail.fr
contact@hexabio-retail.fr
Tél : 05 35 54 81 20

ATTELLES

ATTELLE PIED-CHEVILLE HEXOR®

L'orthèse à usage unique HEXOR® est destinée à l'immobilisation thérapeutique du pied et de la cheville



Directement adaptable, l'attelle **HEXOR®** permet confort et immobilisation stricte. Elle remplace avantageusement plâtres et résines. Cette attelle **en matériau cellulosique recyclable**, pliable et légère**,** **stockée à plat**, se pose simplement et rapidement. La surveillance et le renouvellement des pansements sont facilités grâce au concept de **fermeture rapide** par **bandes agrippantes**. **Sans aucune partie métallique,** elle est donc **radio transparente** et parfaitement **adaptée à l'IRM. HEXOR®** s'adapte parfaitement à l'anatomie de la jambe grâce à sa **partie postérieure souple** et son **stabilisateur** permet de limiter toute rotation de la jambe au repos. Le confort du patient est considérablement amélioré en raison de la **légèreté de l'orthèse**, ce qui facilite la déambulation avec des cannes anglaises. **HEXOR®** est une attelle à usage unique, ce qui permet de garantir une **aseptie parfaite**. Elle est utilisée en chirurgie du pied et de la cheville comme moyen d'immobilisation postopératoire, en traumatologie comme système de contention, en traumatologie du sport et comme moyen simple et rapide d'immobilisation de la cheville en première urgence.

Stockage à plat

PRÉSENTATION

ATTELLES

Une attelle en carton pour de nombreux besoins :
L'**attelle à usage unique HEXOR®** est principalement utilisée en chirurgie post opératoire, dès que le pied du patient nécessite une immobilisation. Mais cette orthèse trouve de nombreuses applications dans d'autres secteurs comme la traumatologie, comme système de contention, la **médecine du sport** comme dispositif d'urgence pour **immobiliser la cheville ou le pied** du sportif pendant une rencontre ou un entraînement mais également pour les interventions en urgence réalisées par les **pompiers**, ambulanciers ou urgentistes.

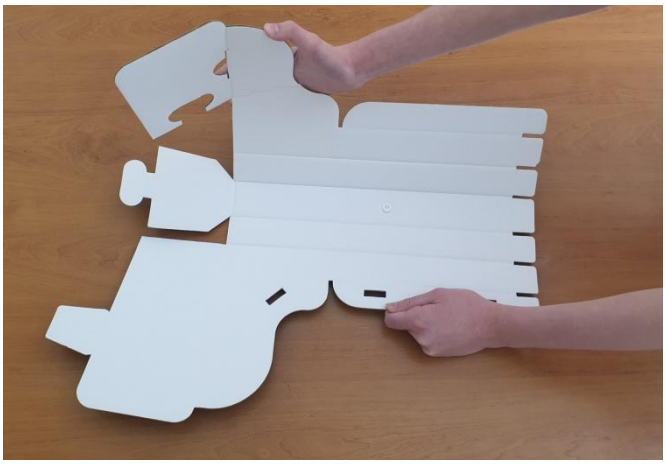
D'études menées récemment, il en ressort que l'orthèse **HEXOR®** trouve un autre domaine d'application en tant que système de contention pour les soins dans les Services d'Urgence et de Réanimation, en Rééducation Fonctionnelle et dans les maisons de retraite. Dans les **services d'urgence**, les opérations de contention préopératoire doivent être le plus rapide et le plus simple possible. Compte tenu de son mode de confection, **HEXOR®** répond bien à cette attente des traumatologies.

En réanimation, pour la prévention des déformations ostéo-articulaires, en rééducation fonctionnelle et dans les maisons de retraite, l'orthèse **HEXOR®** peut assurer le maintien postural et servir de stabilisateur anti-équin
Extrait d'une note technique – Ann. Kinésithér. 1994 t.21 N°5 pp 236-266
L'attelle en carton jetable est donc la solution idéale pour immobiliser un membre en intervention avant de transférer le patient vers un centre de soin. L'attelle étant radiotransparente, ce dernier pourra passer tous les examens possibles (radios, IRM) en gardant l'orthèse, ce qui apporte plus de confort pour le patient.

Liste des secteurs qui utilisent des orthèses en carton
Médecine orthopédique, Traumatologie, Ehpad, Centres sportifs, Pompiers, centres de secours, Services des urgences

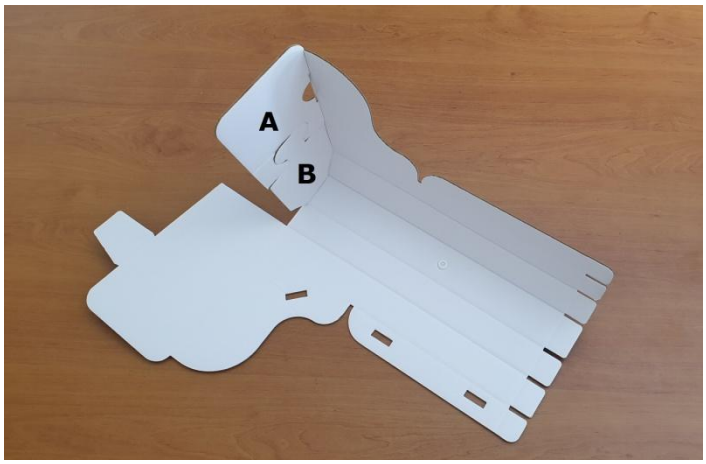
1

PRÉFORMER L'ORTHÈSE EN ACCENTUANT TOUS LES PLIAGES



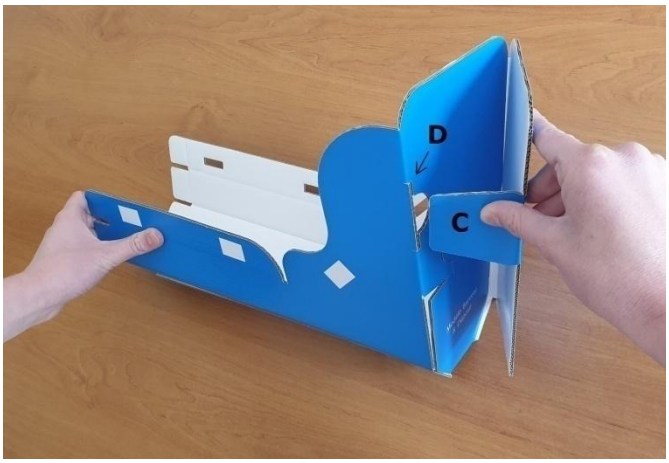
2

IMBRIQUER **A** DANS **B**



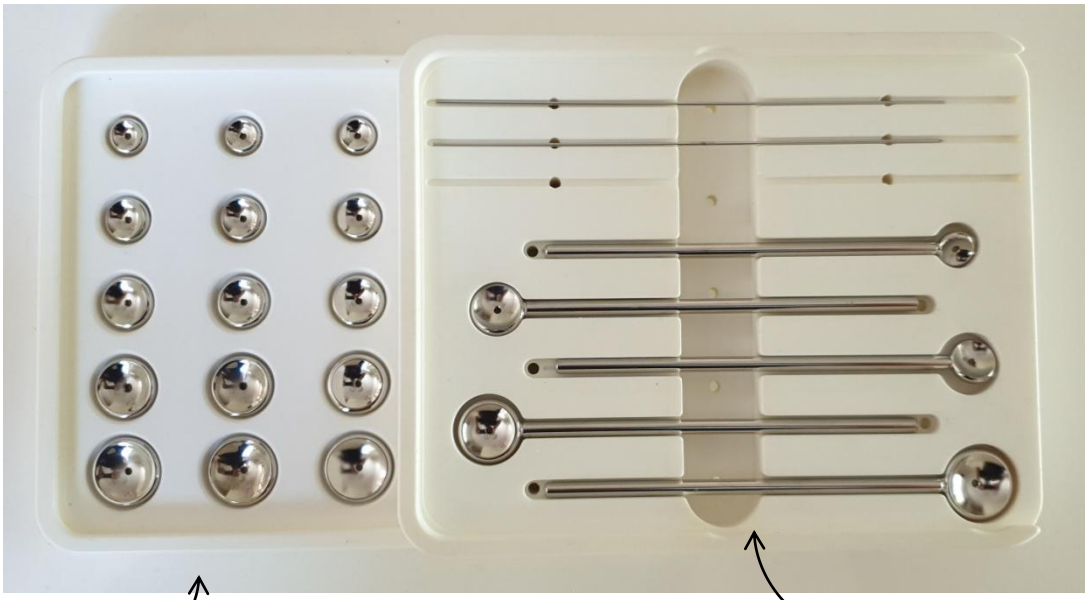
3

GLISSER LA LANGUETTE **C** DANS **D**



IMPLANTS — IMPLANT MÉTATARSO-PHALANGIEN

Traitement de l'hallux rigidus, des polyartrites rhumatoïdes et des rhumatismes inflammatoires



Implants prothèse bouton

Ancillaires de pose

L'implant métatarso-phalangien ou prothèse bouton
(**Métacarpien, métatarsien phalangien)** trouve son champ d'application en chirurgie orthopédique du pied pour le traitement de l'hallux rigidus, des polyartrites rhumatoïdes, des Métatarsalgies médianes sévères et pour celui des rhumatismes inflammatoires
Efficacité sur la douleur
Manipulation et technique opératoire aisée grâce à une instrumentation simplifiée,
Interface articulaire garantissant à long terme une arthroplastie fonctionnelle (très bonne amplitude articulaire).

Indications

Elles sont représentées principalement par les rhumatismes inflammatoires du pied, polyarthrite rhumatoïde en tête.
Mêmes si les traitements modernes de ces maladies, qui semblent éviter les destructions articulaires, permettent aujourd'hui d'envisager des prises en charges chirurgicales conservatrices, chez ces patients qui présentent des invalidités multiples, le choix s'adresse à l'intervention qui donne une correction fiable dans le temps ; c'est dire que l'arthrodèse paraît une intervention sûre pour la correction des déformations du premier rayon.
Dans les formes évoluées avec luxation des articulations métatarso - phalangiennes, la correction la plus fiable est obtenue par la résection des 4 têtes métatarsiennes associée à un réalignement par mise en place de prothèses boutons des 4 rayons latéraux. Dans de rares cas, il peut être utile d'en utiliser un pour l'inter phalangienne de l'hallux.
Ainsi la chirurgie des déformations de l'avant-pied créées par la polyarthrite rhumatoïde est représentée dans 90 % des cas par l'association arthrodèse du premier rayon et alignement des têtes métatarsiennes avec mise en place de prothèses boutons.
Cette solution thérapeutique extrêmement fiable peut constituer une solution de sauvetage de déformations majeures de l'avant-pied, statiques, ou acquises (iatrogènes).
Une destruction isolée d'une tête métatarsienne iatrogène, post traumatique ou après maladie de Freiberg, constitue une indication rare.

1 - <u>Aspect pré-opératoire</u>

Il est essentiel d'effectuer ce type d'intervention que dans des cas bien précis, aussi une observation pré - opératoire approfondie s'impose.
L'indication de réalignement et arthrodèse est le cas le plus fréquent (Figure 1) alors que des cas plus rare (Figure 2) où le premier rayon bien que dévié, n'est pas détruit, on réalisera un traitement plus conservateur à la place de la classique arthrodèse.

Figure 1

Figure 2

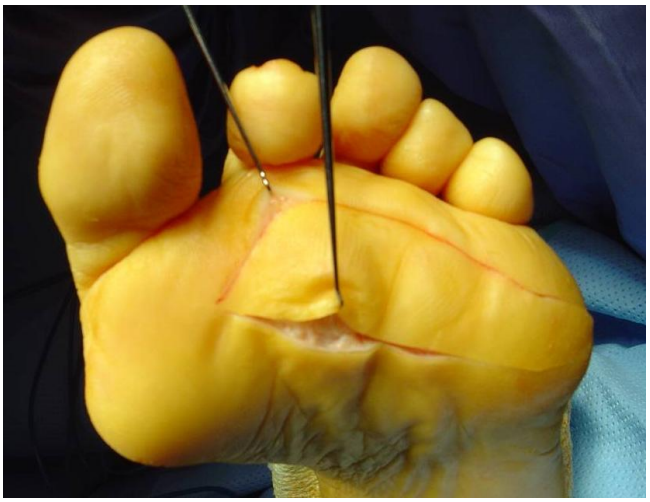
Visualisation pré - opératoire différenciée

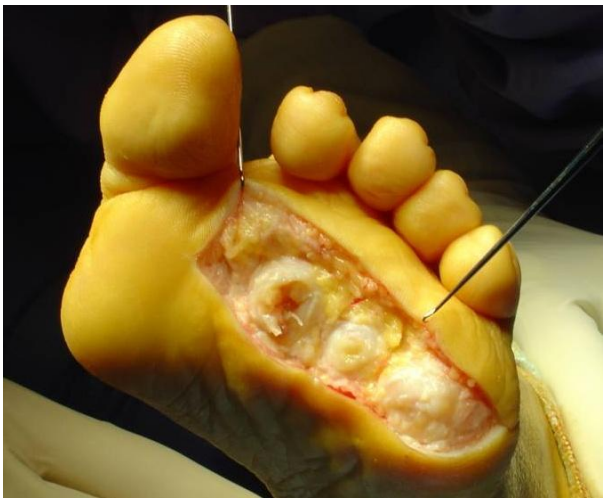
2 - Mode opératoire

La technique opératoire comporte les séquences suivantes :

. Voie d'abord.

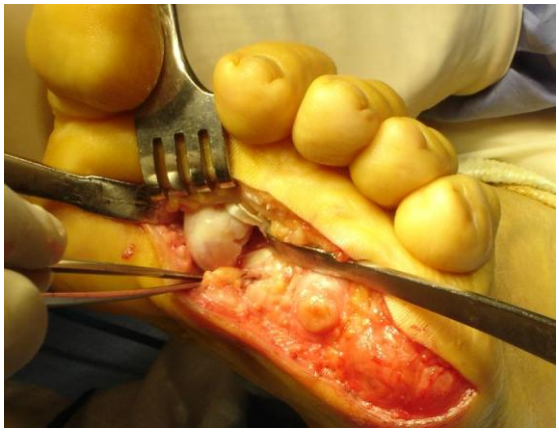
Voie d'abord plantaire emportant la zone d'appui douloureux

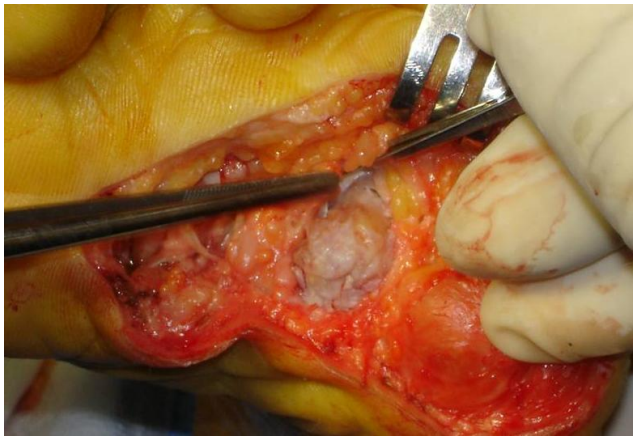




. Résection.

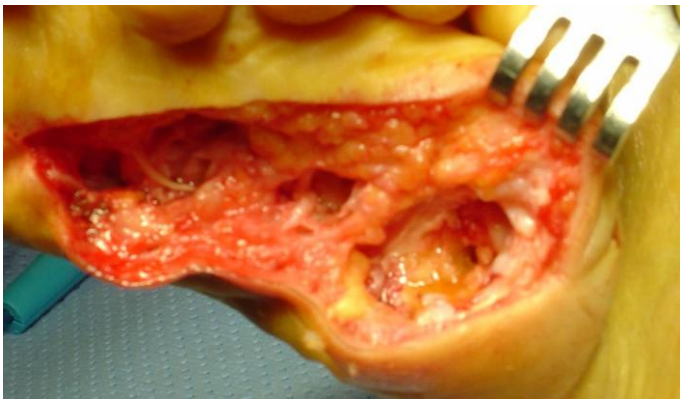
Chaque tête métatarsienne est exposée et sectionnée au ras du col

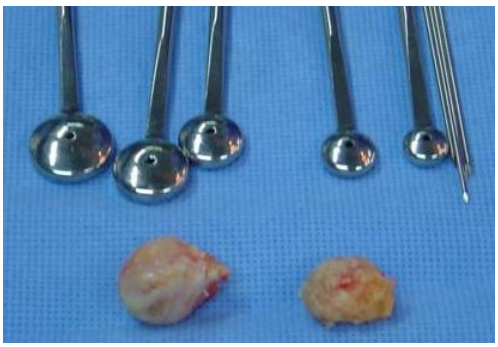


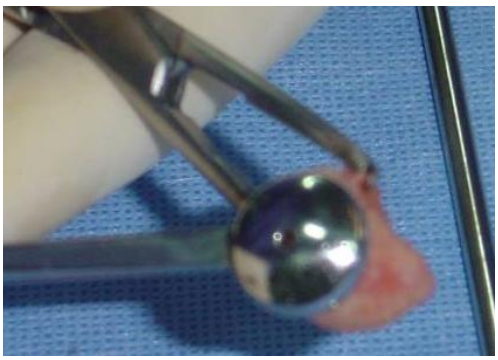


. Choix des prothèses et vérification primaire.

Une fois toutes les têtes phalangiennes retirées, on choisit pour chacune la taille de la prothèse qui va la remplacer



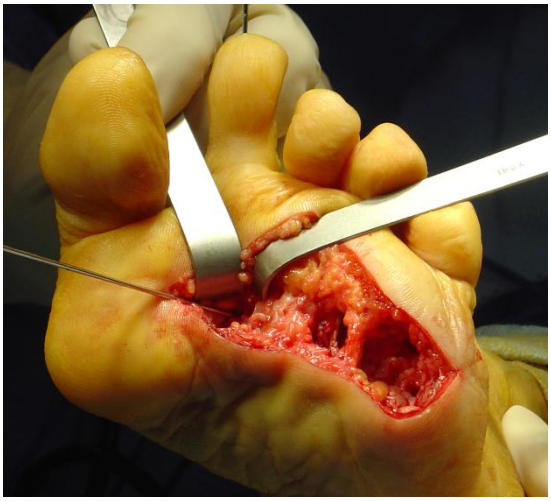


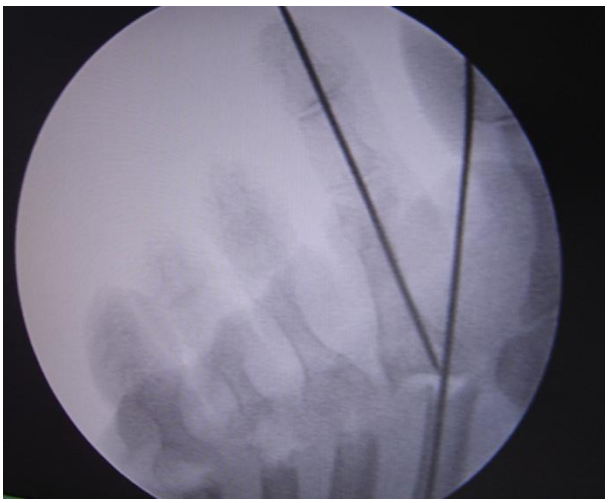


On vérifie sur l'amplificateur de brillance le niveau correct des coupes osseuses

. Positionnement des prothèses.

Une broche repère donne l'axe du métatarsien : mise en va-et-vient, elle traverse l'orteil, puis le bouton, avant de retrouver le canal médullaire métatarsien.





Repérage avec broche

Une fois les boutons mis en place, la radiographie montre l'aspect suivant :

Aspect des boutons mis en place

. Gestion post-opératoire.

Les broches seront laissées 6 semaines en place.
Un suivi clinique est établi selon les règles des bonnes pratiques post-opératoires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Barouk LS - Correction des désordres statiques de l'avant Pied par chirurgie extra articulaire : Maîtrise orthopédique No 144 6-2 (2005).
2. Ragusa M. - Prothèse bouton dans l'hallux rigidus, alternative à l'arthrodèse de la 1ère métatarsophalangienne - European journal of orthopaedic surgery & traumatologie, vol. 15, pp. NS99-NS104 (2005).

IMPLANTS

VIS EXTRACTIBLE PÉDIATRIQUE

Une gamme complète de vis canulées pour épiphysiolyse faciles à extraire en percutanée grâce à une tête hexagonale extérieure

Ces implants sont conçus pour servir de guide à une cicatrisation normale, et non pour remplacer une structure corporelle normale quelle qu'elle soit, ou supporter le poids du corps en cas de cicatrisation osseuse incomplète.

Ancillaires
Tournevis pour insertion et extraction
Foret canulé pour vis diamètre 5 et un autre pour vis diamètre 7
Guide broche
Réglette de mesure.

L'**épiphysiolyse** est une pathologie de la hanche qui touche les adolescents, surtout les garçons prébubères. Liée à une anomalie du cartilage de croissance, elle se traduit par un glissement de la tête du fémur (épiphyse fémorale supérieure) par rapport au col du fémur.

MAIN MALLÉABLE LESTÉE SANS PLOMB®

Permet de positionner la main du patient durant l'intervention

Elle est constituée d'une feuille d'alliage d'aluminium, revêtue d'un polymère:
Bio compatible
Isolant électrique

Elle est:
Radio transparente
Autoclave à 134°C
Elle comporte une **Partie lestée** au niveau du poignet indéformable afin d'éviter tout mouvement de la main du patient durant l'intervention.
Les parties malléables permettent d'immobiliser et de maintenir les doigts dans les positions souhaitées.

BROCHE DE KIRSCHNER

- Acier inoxydable
- Embrochage
- Guidage sur broche
- Trocart 3 pans avec angle de 15° ± 3°
- Stérile
- Vendue à l'unité

Broche de Kirschner 2 trocarts (A l'unité)

- Longueur (mm) : 150 mm & 300 mm
- Ø (mm) : 0.8 – 1.0 – 1.2 – 1.5 – 1.8 - 2.0 – 2.5

Broche de Kirschner 1 trocart (A l'unité)

- Longueur (mm) : 300
- Ø (mm) : 1.5 – 2.0 – 2.5

Kit capuchon sécable & broche filetée/trocart

- Longueur (mm) : 190 & 200
- Ø (mm) : 0.8 – 1.0 – 1.2 – 1.6 – 1.8 – 2.0

Kit capuchon coulissant & broche filetée/trocart

- Longueur (mm) : 190 & 200
- Ø (mm) : 1.5 – 1.6 – 1.8 – 2.0

BROCHE DE MÉTAIZEAU

- Alliage de titane
- Compatible avec capuchon sécable CSB
- Enclouage centro-médullaire élastique stable (E.C.M.E.S.)
- Stérilisation par rayonnement Gamma
- Vendue à l'unité

- Longueur (mm) : 350 mm & 450 mm
- Ø (mm) : 2.0 – 2.5 – 3.0 – 3.5 – 4.0

CAPUCHON SÉCABLE (Kirschner & Métaizeau)

- Acier inoxydable
- Anti migration des embrochages
- Repérage facilité des montages
- Protection des tissus au contact
- Stérile
- Vendue à l'unité

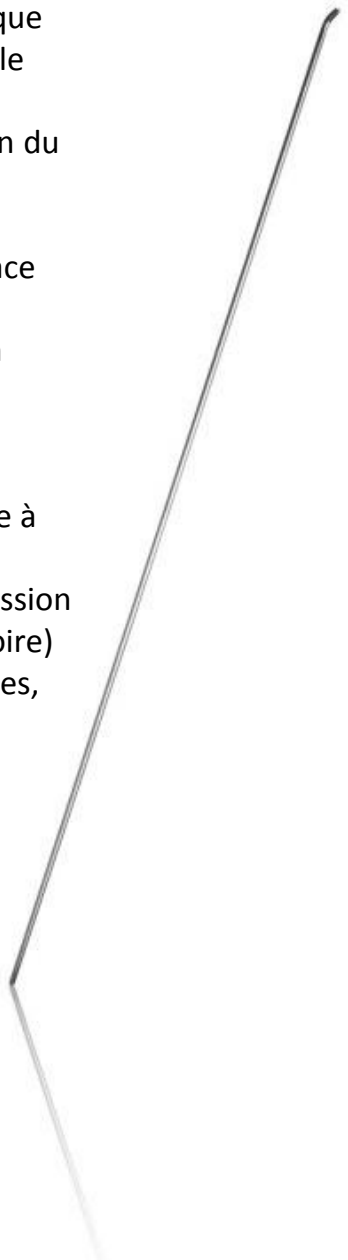
- Ø (mm) : 0.8 – 1.0 – 1.2 – 1.5 – 1.8 - 2.0 – 2.5 – 3.0 – 3.5

IMPLANTS

BROCHE DE MÉTAIZEAU TITANE STÉRILE

Inventé en 1976 par le Dr J.P. METAIZEAU, l'Embrochage Centro-Médullaire Elastique Stable est utilisé dans le traitement des fractures des os longs du membre inférieur chez l'enfant ou les patients de petite morphologie, et du membre supérieur pour tous les patients.

La broche spatulée de METAIZEAU est de forme cylindrique avec une face plate sur toute la longueur de la broche. Elle présente une pointe cintrée et un bord tranchant dans la convexité du cintre permettant une meilleure pénétration du spongieux métaphysaire.
Avant mise en place la broche devra être cintrée manuellement sur toute sa longueur, en maintenant la face plate dans la concavité.
– Utilisation de broches de diamètres supérieurs pour un même espace intramédullaire
– Stabilité accrue du montage dans tous les plans
– Moins d'erreurs de cintrage
– Moins de rayon X, la position de la broche étant connue à tout moment
– Excellent blocage sur les poignées américaines : progression et direction de la broche facilités (gain de temps opératoire)
– Technique éprouvée , aucune modification des habitudes, pas d'instrumentation particulière
– Rapport coût / efficacité très intéressant
Compatible avec les capuchons sécables
Enclouage centro-médullaire élastique stable (ECMES)
Broche Stérile en TITANE

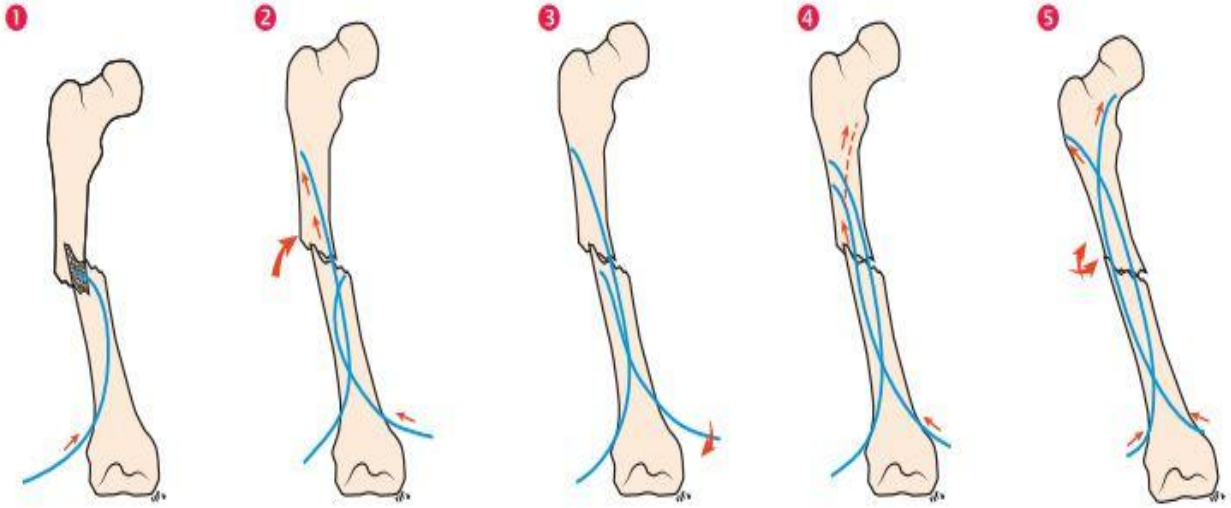


PRÉSENTATION

IMPLANTS

BROCHE DE MÉTAIZEAU TITANE STÉRILE

Technique chirurgicale



1. La première broche introduite dans le canal médullaire est poussée jusqu'à proximité du trait de fracture.

2. Réduire la fracture, faire franchir le foyer par la 1ère broche et introduire la 2ème dans le canal médullaire.

3. Ensuite l'orienter de façon que la pointe se dirige vers l'isthme de communication entre canaux médullaires pré- et postfracturaires.

4. Après une nouvelle correction de trajectoire, les broches sont montées mais restent en deçà du spongieux métaphysaire.

5. La réduction, si elle n'est pas anatomique, est complétée Les 2 pointes peuvent alors être fichées dans le spongieux.

   La base des broches est recoupée en prenant garde à ce qu'elles ne dépassent pas trop de l'os pour éviter les conflits avec les muscles environnants ou la peau.

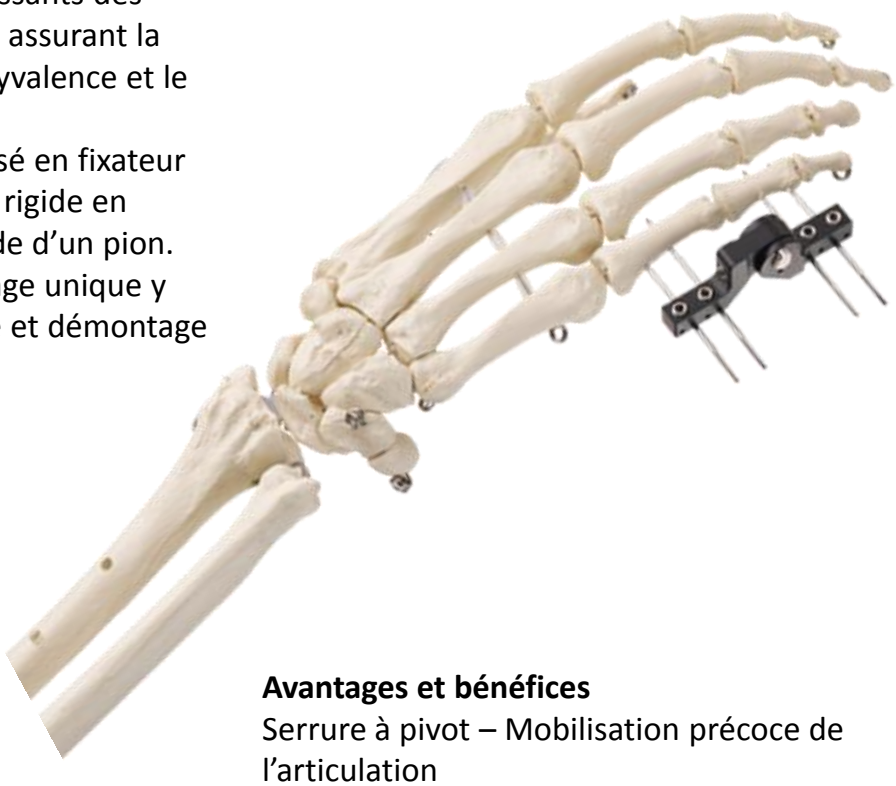
Ablation

En utilisant l'instrumentation standard de bloc, rouvrir l'incision initiale et exposer l'extrémité de l'implant. Tirer la broche dans son axe jusqu'au retrait complet du dispositif. De légers mouvements de rotation ou de flexion peuvent être appliqués pour décoller la broche de l'os. Ces mouvements devront être limités pour éviter toute rupture du dispositif.

FIXATEUR DYNAMIQUE / RIGIDE DE DOIGT DIGIFIX®

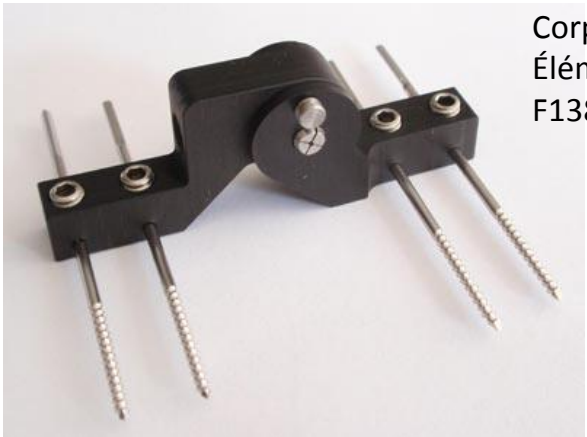
Le fixateur de doigt externe dynamique / rigide DIGIFIX® est destiné à l'immobilisation des petites articulations des doigts

Le DIGIFIX® est conçu pour une petite utilisation osseuse. Il a été conçu pour répondre aux besoins croissants des **blessures aux petits os** en assurant la facilité d'utilisation, la polyvalence et le confort du patient.
Le DIGIFIX® peut être utilisé en fixateur dynamique ou en fixateur rigide en bloquant le système à l'aide d'un pion.
Le DIGIFIX est stérile à usage unique y compris la clé de montage et démontage



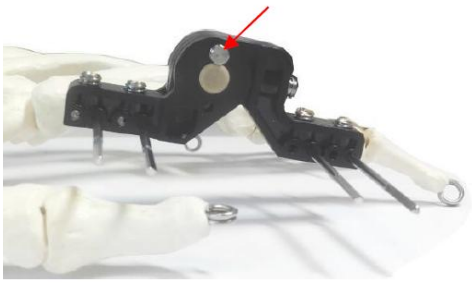
Avantages et bénéfices
Serrure à pivot – Mobilisation précoce de l'articulation
Matériaux composites – lumière pour le patient
Radio transparent, permet une meilleure surveillance du traumatisme
Deux positions possibles pour chaque broche
Protocole d'exercice disponible pour chaque patient

Structure du produit et des matériaux
Corps en polyphénylsulfone – PPSU noir
Éléments envahissants en acier selon ASTM F138 – ISO 5832-2



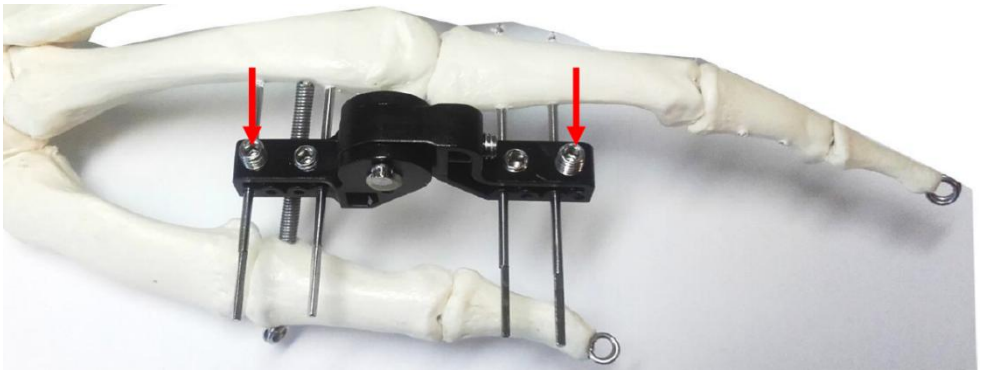
FIXATEUR DYNAMIQUE / RIGIDE DE DOIGT DIGIFIX®

Utilisation du DIGIFIX® en fixateur externe rigide



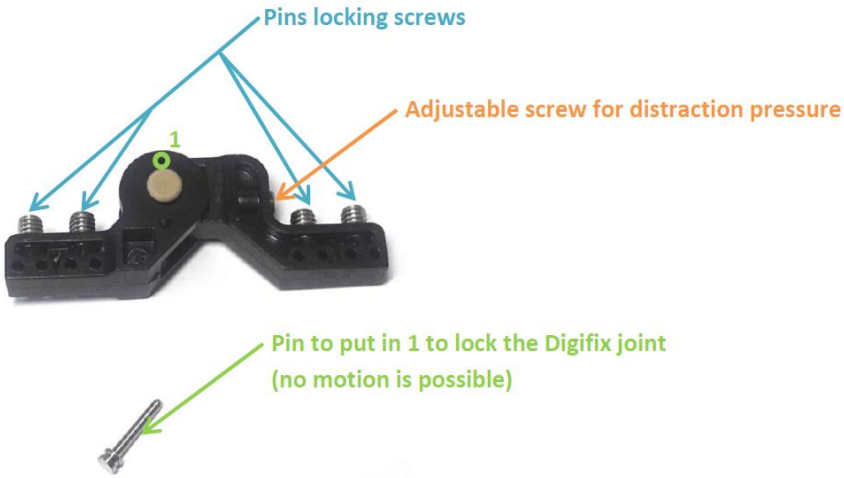
Utilisation du DIGIFIX® en fixateur externe dynamique

Indications / utilisation
IFP Fractures articulaires
Fractures articulaires MF
Fractures ouvertes de phalanges et / ou associée à la perte de tissus mous
Fractures métaphysaires instables
Régler la force de relaxation



FIXATEUR DYNAMIQUE / RIGIDE DE DOIGT DIGIFIX®

Descriptif du DIGIFIX®



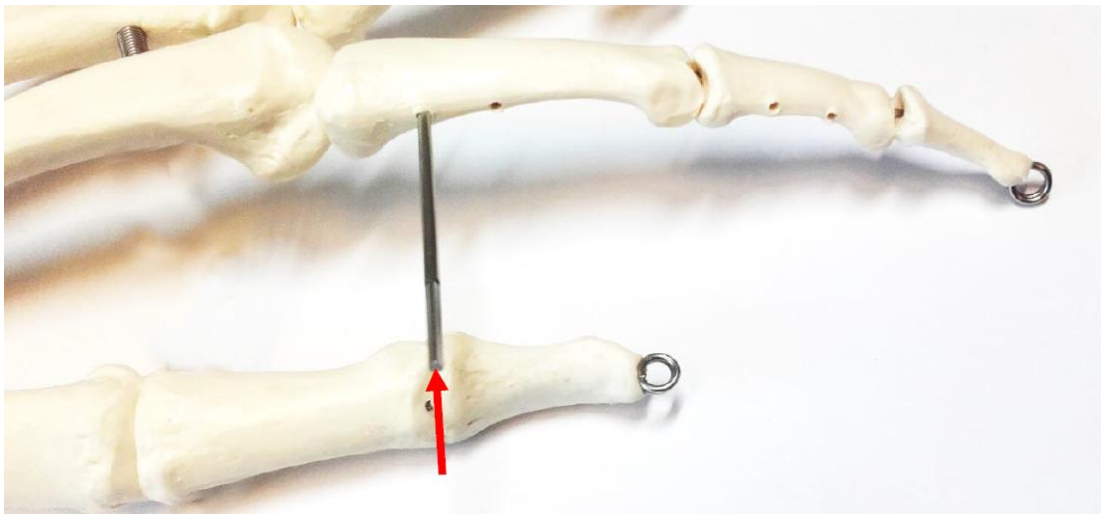
Composition du Kit complet Stérile DIGIFIX®

1 : Articulation inter phalangienne proximale

NB : Toutes les broches sont insérées par voie percutanée à l'aide d'une perceuse à faible vitesse

Étape 1 : Mise en place de la première broche

La première broche est implantée dans le col de la phalange proximale à travers les deux cortex

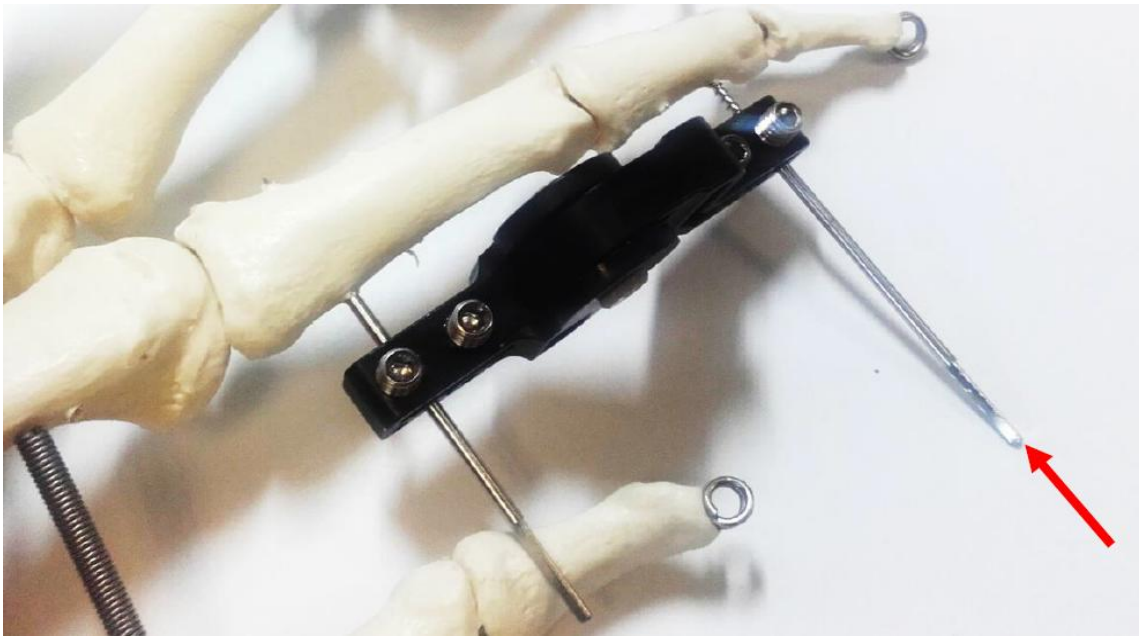


Étape 2 : Placement du DIGIFIX®

Verrouillez le joint DIGIFIX® et dévissez les quatre vis sur le dessus du DIGIFIX® . Faites glisser DIGIFIX® long de la première broche, en utilisant l'un des deux trous proximaux (de la branche proximale)

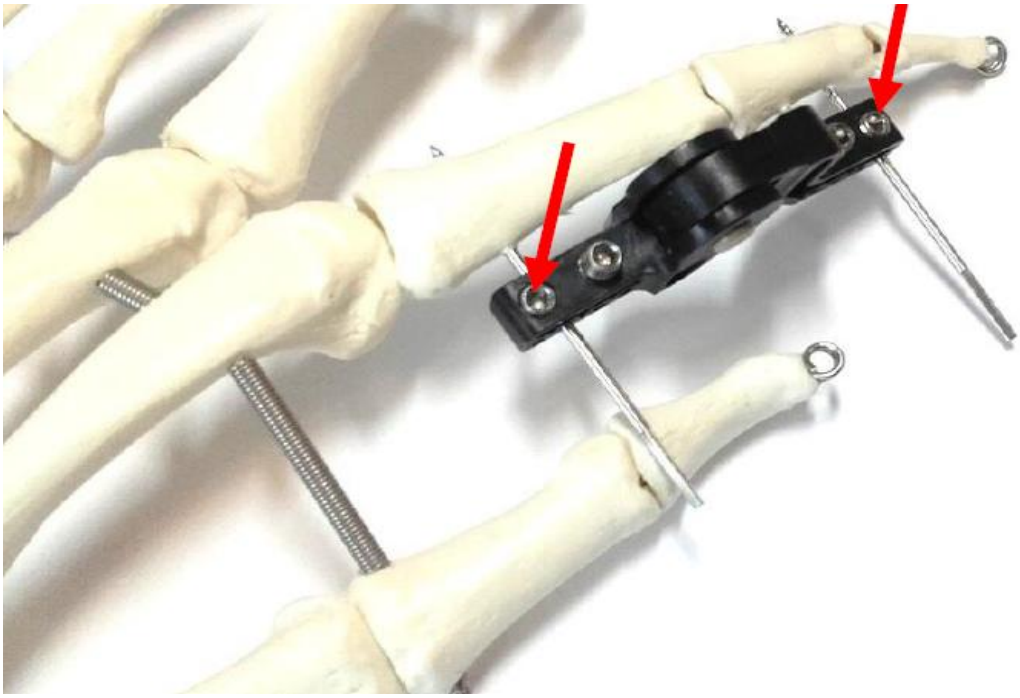
Étape 3 : Mise en place de la seconde broche

L'insertion de la deuxième broche se fait à la base de la phalange médiane à travers les deux cortex. Vous pouvez utiliser le DIGIFIX® comme guide pour être sûr d'implanter la deuxième broche dans la bonne position (utiliser l'un des deux trous distaux) (de la branche distale)



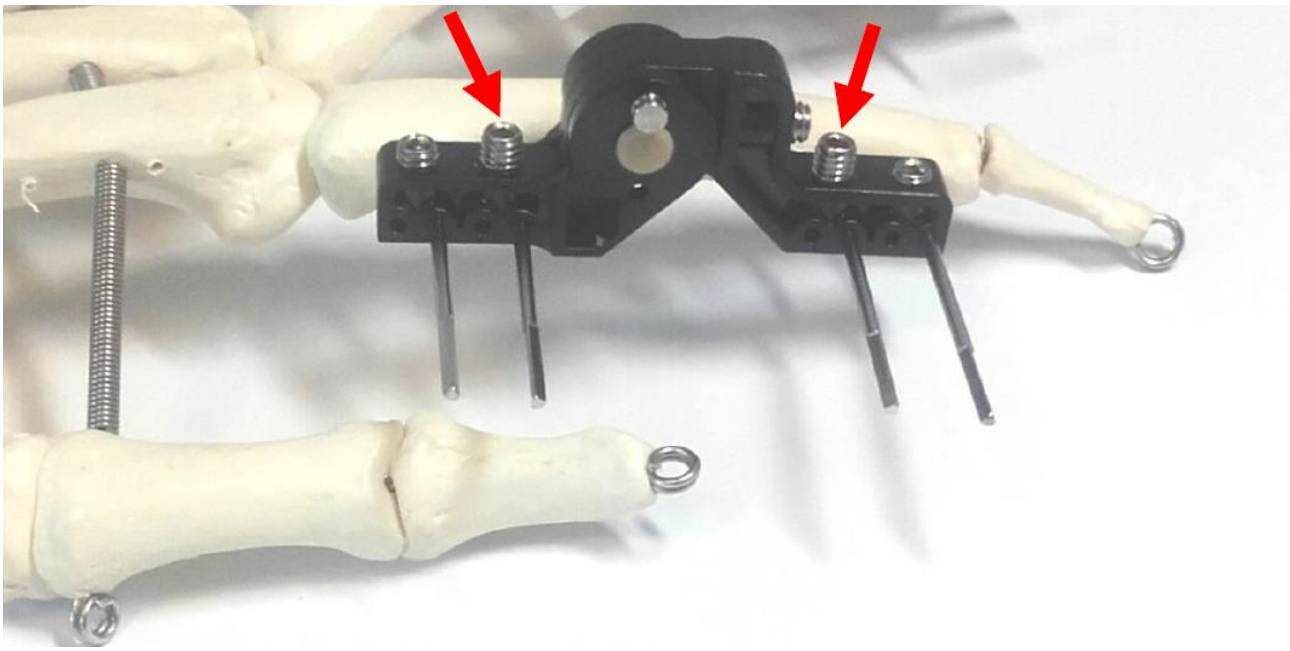
Étape 4 : Verrouillage de la position du DIGIFIX®

Lorsque DIGIFIX® est correctement positionné, verrouillez les deux vis



Étape 5 : Insertion de broches supplémentaires

Vous pouvez implanter une ou deux broches supplémentaires dans la diaphyse des phalanges proximale et moyenne à travers les deux cortex. Verrouillez les deux autres vis



Étape 6 : Travail du DIGIFIX®

Le joint est verrouillé : DIGIFIX® position rigide

Le joint est libre : DIGIFIX® position dynamique

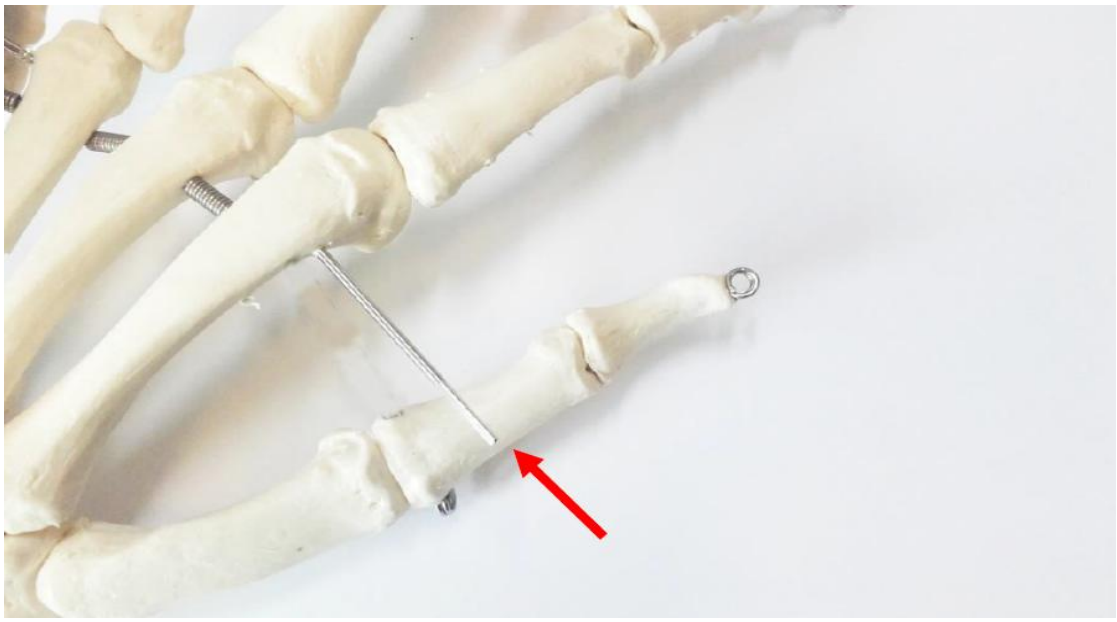
vous pouvez régler la pression de distraction en vissant ou en dévissant la vis réglable

2 : Articulation métacarpo-phalangienne

NB : Toutes les broches sont insérées par voie percutanée à l'aide d'une perceuse à faible vitesse

Étape 1 : Mise en place de la première broche

La première broche est implantée dans le col de la phalange métacarpienne à travers les deux cortex

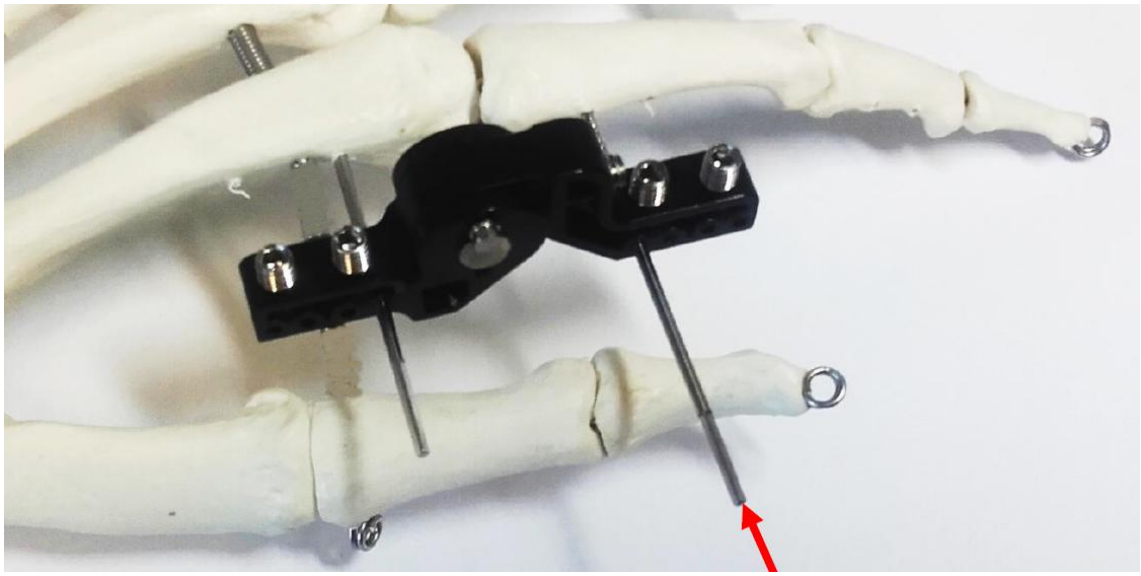


Étape 2 : Placement du DIGIFIX®

Verrouillez le joint DIGIFIX® et dévissez les quatre vis sur le dessus du DIGIFIX® . Faites glisser DIGIFIX® le long de la première broche, en utilisant l'un des deux trous distaux (de la branche proximale)

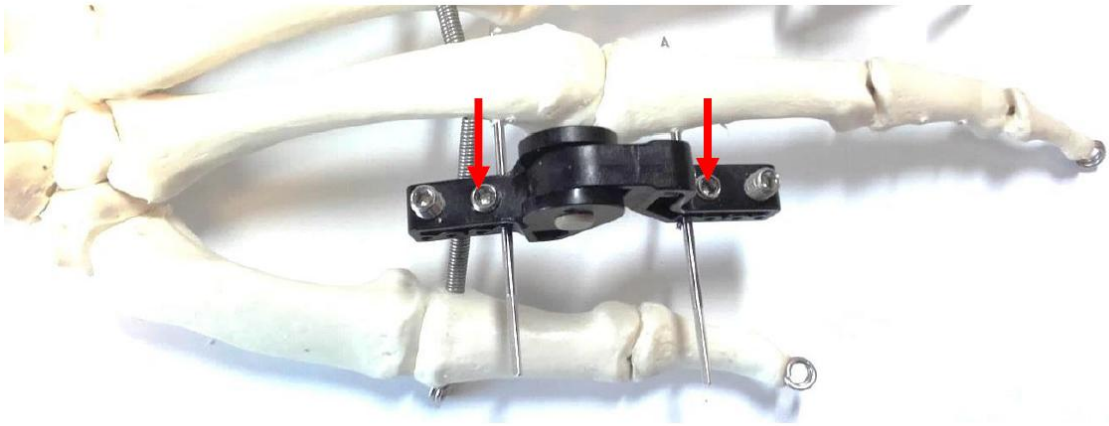
Étape 3 : Mise en place de la seconde broche

L'insertion de la deuxième broche se fait à la base de la phalange proximale à travers les deux cortex. Vous pouvez utiliser le DIGIFIX® comme guide pour être sûr d'implanter la deuxième broche dans la bonne position (utiliser l'un des deux trous proximaux) (de la branche distale)



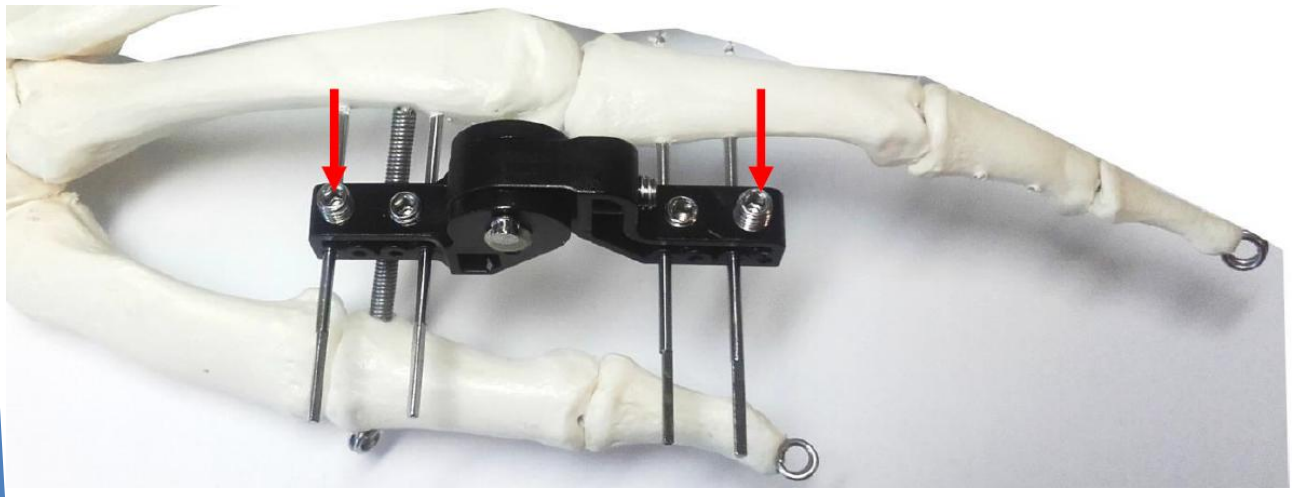
Étape 4 : Verrouillage de la position du DIGIFIX

Lorsque DIGIFIX® est correctement positionné, verrouillez les deux vis



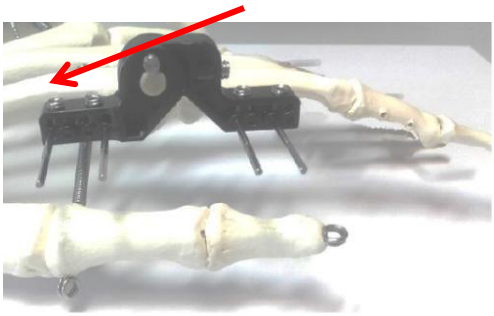
Étape 5 : Insertion de broches supplémentaires

Vous pouvez implanter une ou deux broches supplémentaires dans la diaphyse des phalanges proximale et moyenne à travers les deux cortex. Verrouillez les deux autres vis



Étape 6 : Travail du DIGIFIX®

Le joint est verrouillé : DIGIFIX® position rigide



Le joint est libre : DIGIFIX® position dynamique

vous pouvez régler la pression de distraction en vissant ou en dévissant la vis réglable