

HATRIC

Técnica Cirúrgica

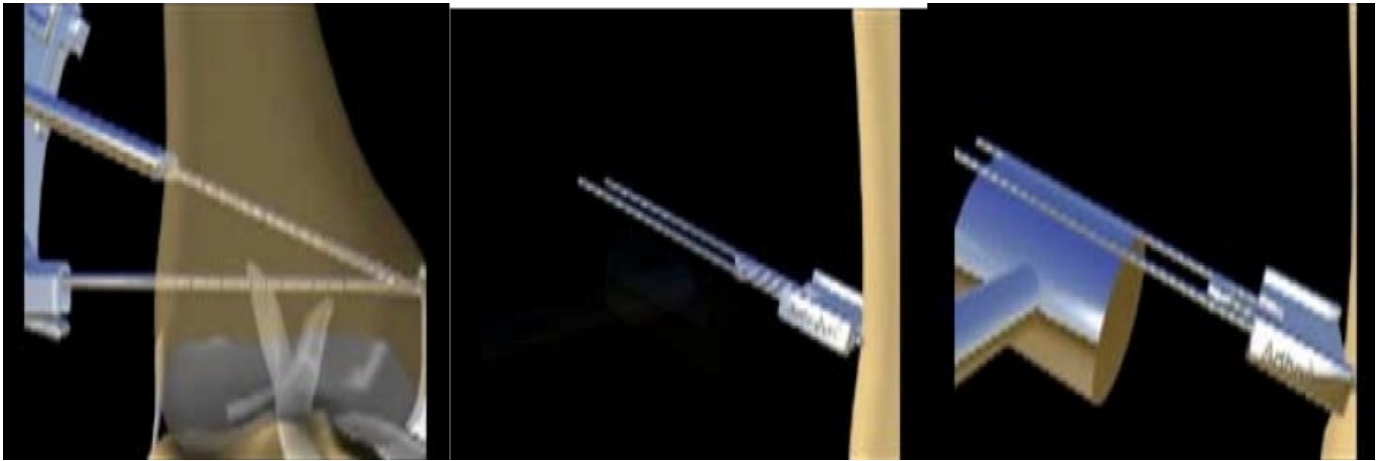




Usando todo o comprimento de radiografia A/P, uma linha é desenhada do centro da cabeça femoral ao centro da junta talar tibial. Isto mostra o eixo mecânico do paciente. Anterior a osteotomia, uma artroscopia de diagnostico é realizada para verificar o status da cartilagem articular e menisci. Um debridamento necessário e uma amputação são realizados neste momento. Defeitos na superfície articular pode ser determinados utilizando o Sistema de Transferência de Autográficos Osteocondral (OAT™).



Outra linha é desenhada do centro da cabeça umeral à ponte situada no meio * na lateral da junta do joelho. Uma linha final é desenhada do centro da junta talar tibial ao mesmo ponto na junta do joelho lateral. O ângulo formado pela inserção destas duas linhas determina o grau de corrosão necessário para retornar o eixo mecânico do paciente, ao local de inserção no lado lateral. Antes da fixação, o alinhamento será verificado por exames finais e fluoroscopia.

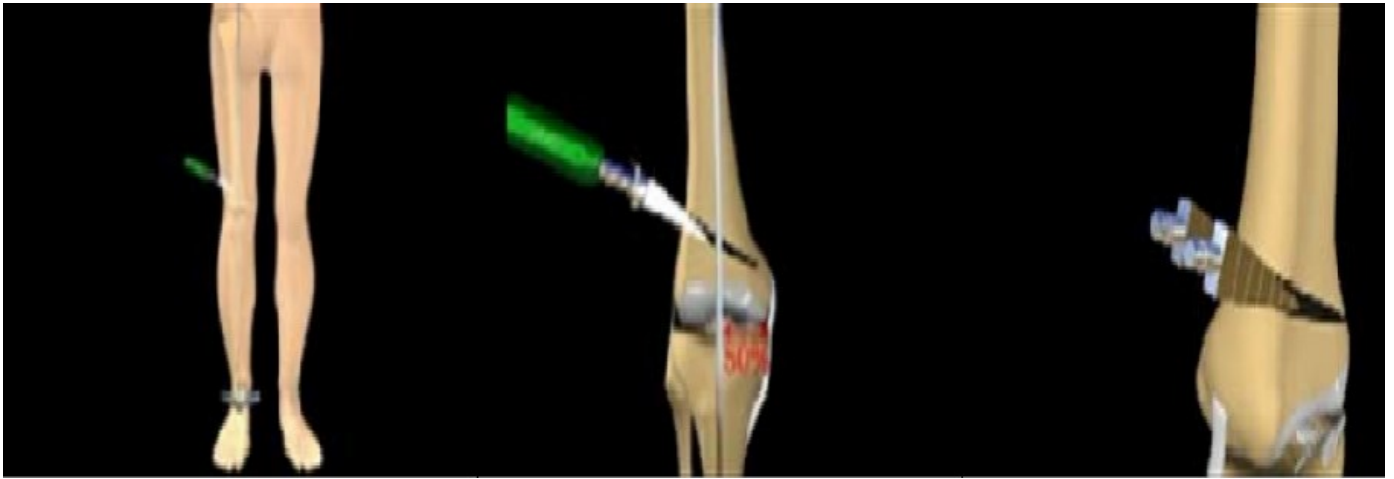


O pino guia de osteotomia de 3.0 mm é inserido dentro da tíbia (medial a lateral) e é inserida em 1 cm do córtex.

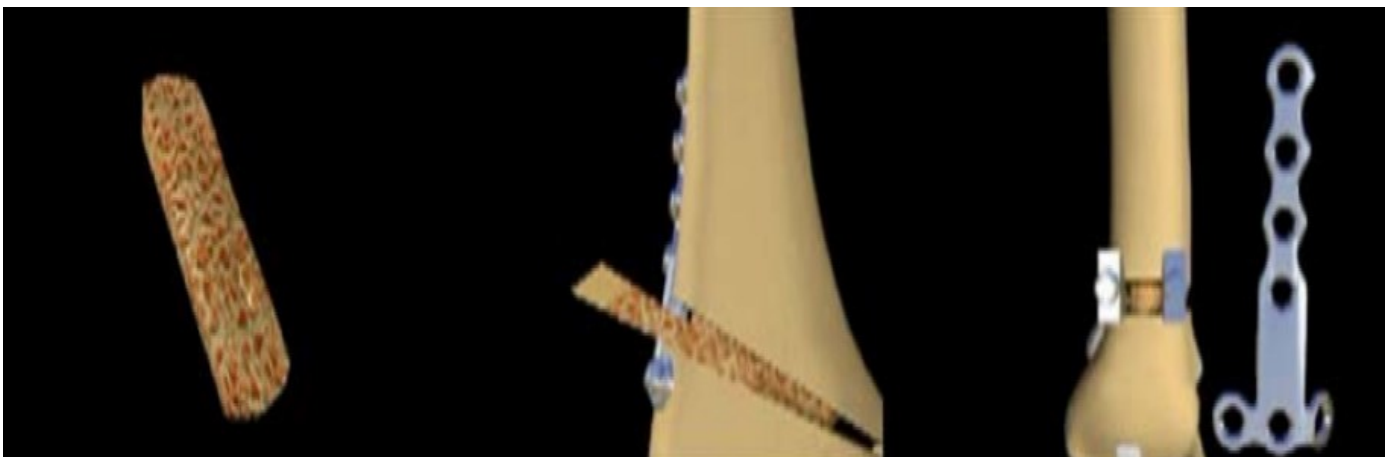
A Montagem da Guia de Osteotomia é inserida sob o pino guia para que a linha laser no pino seja alinhada com a traseira do marcador guia (como acima). O Conjunto da Capa Guia Paralela é inserido sobre a Montagem de Guia de Osteotomia. O Conjunto da Capa Guia Paralela deve ser girado a fim de reproduzir a curvatura A/P existente da placa tibial. Usando um botão de ajuste, o ângulo da guia pode ser ajustado para que os pinos distais penetrem na tíbia proximal acima do tubérculo tibial. O botão de ajuste está agora apertado. Dois pinos guias de 2.4 mm são inseridos através das capas da broca em 1 cm do córtex lateral. Se a posição for aceitável, o guia e o pino guia 3.0mm (colocado transversalmente) deve ser removido. Os cabos e lâminas de osteotomia, disponíveis em profundidades de 10, 25 e 35 mm, são usadas para completar a osteotomia. Os pinos guias de “separação” são posicionados junto com a osteotomia usada inferiormente. A confirmação fluoroscópica deve ser checada repetidamente através do processo de corte.



A Guia de Corte é posicionada acima dos pinos remanescentes e é presa à tíbia direcionando a cabeça do pino dentro da canulação central da guia. Uma cerra oscilante posicionada contra a superfície inferior da guia de corte é usada medialmente ao córtex tibial, anterior e posteriormente em 1 cm do córtex lateral.



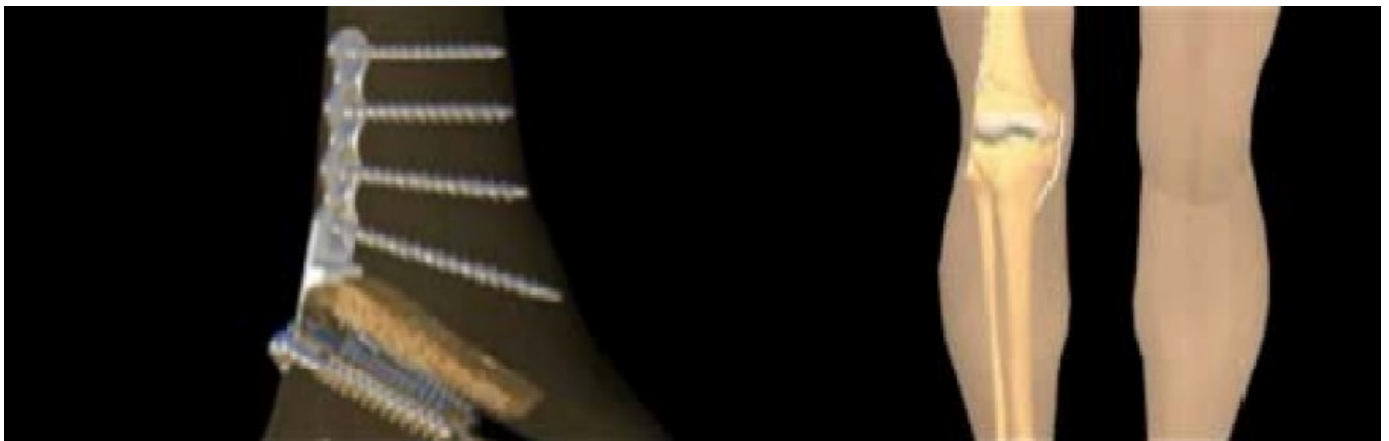
O Jack de Osteotomia é inserido dentro do corte para abrir gentilmente a osteotomia. O tamanho da correção alcançada pode ser determinada usando a Cunha trial HTO. Ou a Cunha de Osteotomia pode ser inserida e dirigida lentamente com um martelo cirúrgico à correção predeterminada. As marcas em mm podem ser lidas nas pontas da cunha. O cabo é removido e as pontas posicionadas. O enxerto ósseo pode ser empacotado no espaço entre as pontas.



A Placa de Osteotomia de Cunha de Abertura Tibial é, então, inserida entre as pontas. A placa usualmente se encaixa logo atrás do ligamento colateral medial. Parafusos esponjosos de aço inoxidável de 6.5 mm são fixados proximalmente. Seguindo a fixação óssea, o substituto ósseo reabsorvível HATriC™ é inserido na Osteotomia.



Remova as pontas e feche a osteotomia sob o dente da placa, certificando-se de que haja um contato osso – implante – osso apropriado. Seguindo a fixação óssea, o substituto ósseo reabsorvível HATriC™ é novamente inserido dentro do aspecto anterior e posterior do defeito, até que toda a área onde fora efetuada a osteotomia, seja preenchida.



Osteotomia finalizada, já com a implantação do substituto ósseo HATriC™ e do Sistema de Placas e Parafusos de Cunha de Abertura da Arthrex, como sistema de fixação.

