

CP·ESP

Zervikale Bandscheibenprothesen
OPERATIONSTECHNIK

CP-ESP INDIKATIONEN

Die zervikale Bandscheibenprothese CP-ESP wurde für bestimmte Indikationen entwickelt, wie zum Beispiel: Symptomatischer zervikaler Bandscheibenvorfall, definiert als (radikuläre) Schmerzen und/oder ein funktionales/ neurologisches Defizit im Hals oder im Arm durch Bildgebung bestätigt (Computertomographie, MRT oder Röntgen) und nach mindestens 6-monatiger medizinischer Behandlung ohne Besserung.

- Sequestrierter Bandscheibenvorfall
- Osteochondrose mit Modic-Zeichen Typ 1 und Typ 2
- Kompression der Nervenwurzel
- Chondrose mit Mikroinstabilität



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3

HINWEIS

Die subchondrale Knochenlamelle sollte hierbei nicht zerstört werden. Falls nötig, Durchführung der Uncoforaminotomie. Eine sukzessive weitere Distraction kann nach Resektion des hinteren Längsbandes durchgeführt werden. Hierbei sollte darauf geachtet werden, dass die Distraction parallel erfolgt und nicht überdistrahiert wird. Vermeiden Sie übermäßigen Abrieb der Wirbelschalen. Übermäßiger Abrieb erhöht das Risiko der Implantatmobilisierung und das Risiko der Ossifikation des Zwischenwirbelraums. Überprüfen Sie, ob das Knorpelgewebe von den Wirbelkörpern entfernt wurde. Knorpel kann die Knochenfixierung des Implantates vermindern.

1 – LAGERUNG DES PATIENTEN

Es sollte ein strahlendurchlässiger Tisch und/oder Kopfstütze aus Carbon verwendet werden.

Stellen Sie sicher, dass der Kopf des Patienten so gelagert ist, dass dieser nicht zur Seite kippen kann. Die Verwendung eines Lagerungsringes ist sinnvoll.

Die Halswirbelsäule sollte durch eine gepolsterte, aber nicht zu weiche Rolle gestützt sein.

Hierbei bitte die neutrale Lage beachten. Eine Re- oder Inklination der Halswirbelsäule vermeiden.

Bei Eingriffen im Segment C6/7 kann es notwendig sein, die Schultern des Patienten in Längs-Zug - Richtung am Tisch zu fixieren, um die Sicht im lateralen Strahlengang zu verbessern.

Bei der präoperativen Röntgenkontrolle müssen die betroffenen Wirbelkörper in AP und seitlicher Aufnahme vollständig zu sehen sein.

2 – ZUGANG

Der Zugang erfolgt von anterior im Standardverfahren.

Die Segmenthöhe und Mittellinie wird unter Durchleuchtung bestimmt.

3 - FIXIEREN DES DISTRAKTIONSSYSTEMS

Die Retraktorpins werden parallel in die entsprechenden Wirbelkörper der zu ersetzenden Bandscheibe unter radiologischer Sicht eingebracht.

Hierbei sollte darauf geachtet werden, dass die Hinterkante nicht perforiert wird. (Abb. 1)

Der Caspar-Sperrer wird aufgesetzt. Sicherung durch Aufdrehen der Pinkappen auf die Retraktorpins.

Dann erfolgen die leichte parallele Distraction und eine ggf. nochmalige radiologische Segmentidentifikation. (Abb. 2)

4 - DISKEKTOMIE

Es erfolgt die Diskektomie nach Standardverfahren.

Darauf achten, dass das Bandscheibengewebe vollständig von den Grund- und Deckplatten entfernt wird (Abb. 3).

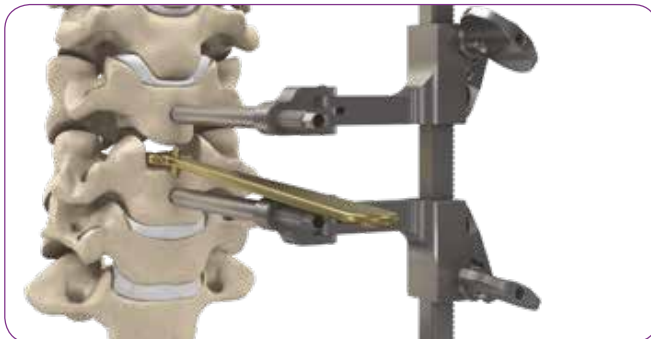


Abb. 4

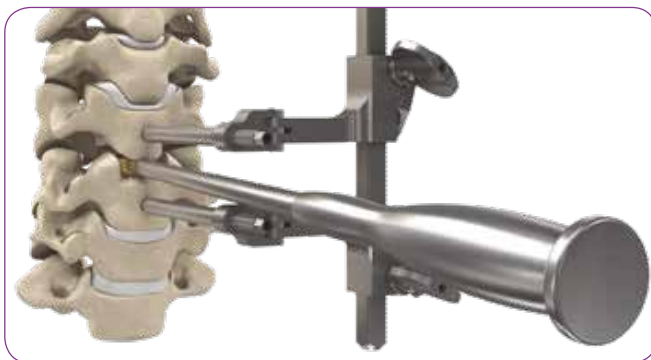


Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7

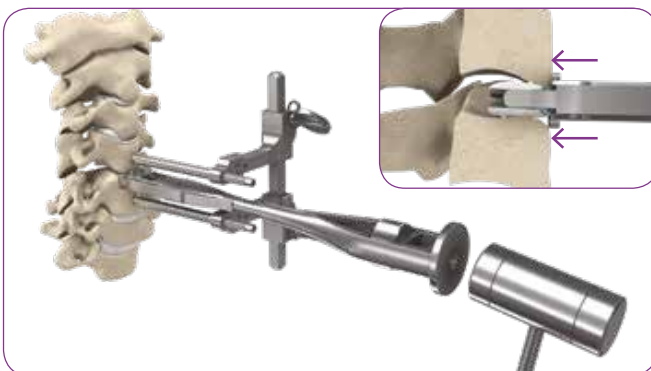


Abb. 8

5 – PROBEIMPLANTAT

Die Mittellinienbestimmung kann sowohl mit der Messlehre (15-17-20 mm Breite) als auch radiologisch erfolgen. Markierung der Mitte auf dem Wirbelkörper. (Abb. 4)

Das Probeimplantat wird anatomisch eingesetzt und die Position unter radiologischer Sicht AP und seitlich überprüft. Das Probeimplantat sollte anatomisch sitzen und sich insbesondere an der Form der Grundplatte des Wirbelkörpers orientieren.

Es ist keine möglichst posteriore Implantatlage zu erzielen, sondern eine möglichst anatomisch Korrekte.

Sicherstellen, dass kein zu hohes Implantat verwendet wird. Bei der Wahl der richtigen Probe die Höhe der benachbarten, gesunden Bandscheiben berücksichtigen.

Die Probeimplantate haben die gleiche Größe wie die jeweiligen endgültigen CP-ESP-Implantate ohne die Spikes (Höhe: je 0,5 mm auf beiden Seiten des Implantats). (Abb. 5)

Zum Aufnehmen der Prothese muss die Spange des Einsetzinstrumentes über die Position 7 mm geregelt sein. (Abb. 6)

6 – EINSETZEN DER ENDGÜLTIGEN BANDSCHEIBENPROTHESE

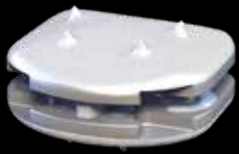
Die sterile Doppelverpackung öffnen und das Einsetzinstrument an der CP-ESP Bandscheibenprothese befestigen.

Während die seitlichen Klappen zusammengedrückt werden, wird das Daumenrad im Uhrzeigersinn gedreht bis die Graduierung des Einsetzinstrumentes 0 mm anzeigt. (Abb. 7)



SICHERSTELLEN, DASS DIE BANDSCHEIBENPROTHESE MIT DER ABGERUNDETEN SEITE DES IMPLANTATS NACH OBEN EINGESETZT WIRD.

Beim Einsetzen die Position der CP-ESP-Bandscheibenprothese fortlaufend unter BV-Kontrolle in der lateralen Ansicht überprüfen. Orientierung an der zuvor markierten Mittellinie. Die Prothese einführen, bis diese die anatomisch korrekte Position erreicht. (Abb. 8)



Wenn die Anschlagvorrichtung des Einsetzinstrumentes an der anterioren Wand positioniert wird, kann die Prothese millimeterweise in den Zwischenwirbelraum hineingeschoben werden (mit einer Drehung des Daumenrades wird der Anschlag jeweils um 2 mm zurück bewegt).

(Abb. 9)

Lösen des Einsetzinstrumentes von der Prothese, in dem das Daumenrad gegen den Uhrzeigersinn gedreht wird. (Abb. 10)

Entfernen der Pinkappen von den Retraktorpins. (Abb. 11)

Entfernen der Retraktorpins.

HINWEIS

Bei einer zu weit dorsalen Positionierung kann die Bandscheibenprothese mit der Extraktor-/Impaktorzange gefasst und nach Distraction des Segmentes über den Caspar-Sperrer nach ventral entfernt werden.

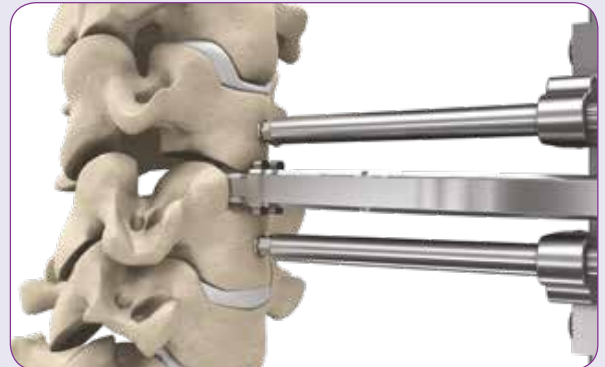


Abb. 9



Abb. 10



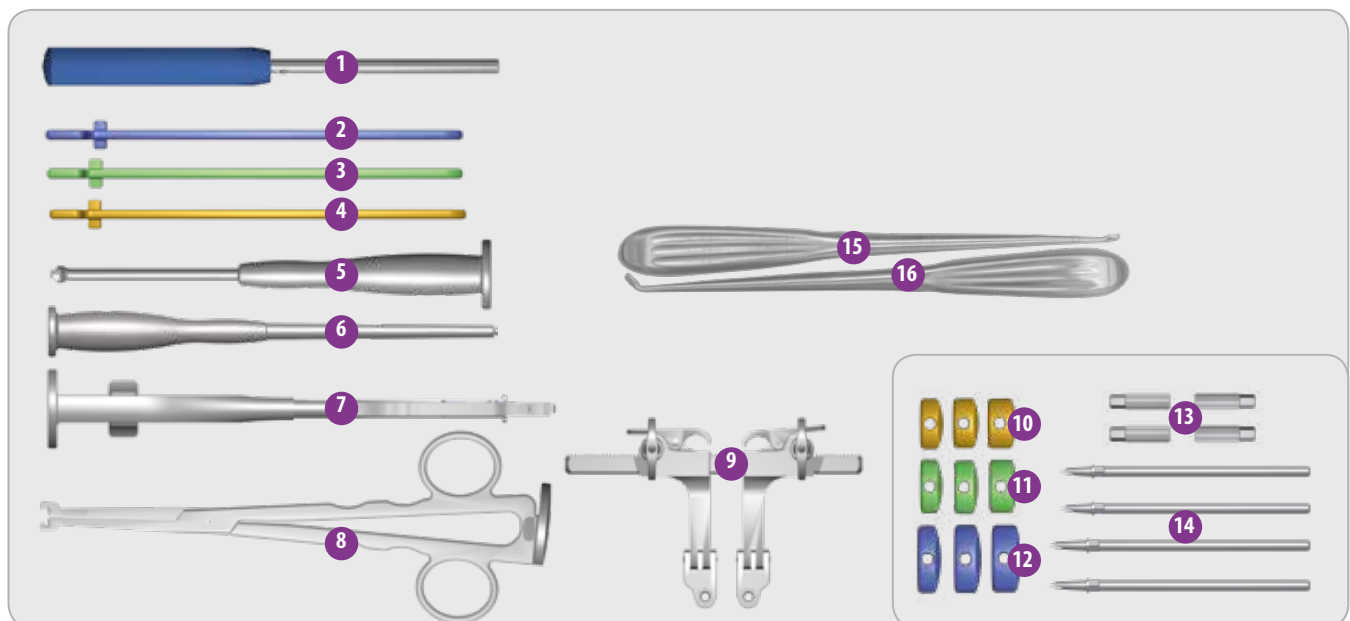
Abb. 11



ZERVIKALE BANDSCHEIBENPROTHESEN

Artikelnummer	Bezeichnung
264363	Größe 1 (13x15) - Höhe 5
264364	Größe 1 (13x15) - Höhe 6
264365	Größe 1 (13x15) - Höhe 7
264366	Größe 2 (14x17) - Höhe 5
264367	Größe 2 (14x17) - Höhe 6
264368	Größe 2 (14x17) - Höhe 7
264369	Größe 3 (15x20) - Höhe 5
264370	Größe 3 (15x20) - Höhe 6
264371	Größe 3 (15x20) - Höhe 7

CP-ESP INSTRUMENTE



- | | | | |
|--|--------------|---|--------------|
| 1. Pinsetzer..... | ref. 267 364 | 11. Probeimplantat 14x17x5 CP-ESP..... | ref. 265 081 |
| 2. Mediolateraler Größenmesser Größe 3 CP-ESP..... | ref. 266 264 | Probeimplantat 14x17x6 CP-ESP..... | ref. 265 082 |
| 3. Mediolateraler Größenmesser Größe 2 CP-ESP..... | ref. 266 263 | Probeimplantat 14x17x7 CP-ESP..... | ref. 265 083 |
| 4. Mediolateraler Größenmesser Größe 1 CP-ESP..... | ref. 266 262 | 12. Probeimplantat 15x20x5 CP-ESP..... | ref. 265 084 |
| 5. Impaktor..... | ref. 267 343 | Probeimplantat 15x20x6 CP-ESP..... | ref. 265 085 |
| 6. Handgriff für Probeimplantate..... | ref. 266 265 | Probeimplantat 15x20x7 CP-ESP..... | ref. 265 086 |
| 7. Einsetzinstrument..... | ref. 268 144 | 13. Pinkappe..... | ref. 267 367 |
| 8. Extraktor/Impaktorzange..... | ref. 267 371 | 14. Retraktorpin, L 12 mm / Ø 3,5 mm..... | ref. 267 365 |
| 9. Caspar-Sperrer..... | ref. 267 368 | Retraktorpin, L 14 mm / Ø 3,5 mm..... | ref. 267 366 |
| 10. Probeimplantat 13x15x5 CP-ESP..... | ref. 265 078 | 15. Gerade Löffelkürette Ø 3 mm..... | ref. 268 142 |
| Probeimplantat 13x15x6 CP-ESP..... | ref. 265 079 | 16. Gewinkelte Löffelkürette Ø 3 mm..... | ref. 268 143 |
| Probeimplantat 13x15x7 CP-ESP..... | ref. 265 080 | | |

FR, FH ORTHOPEDICS
3 rue de la Forêt
68990 HEIMSBRUNN - FRANCE
Tél. +33 (0)3 89 81 90 92
Fax : +33 (0)3 89 81 80 11
orthopedie@fhorthopedics.fr
www.groupefhortho.fr

USA, FH ORTHO INC.
4908 N. Elston
Chicago - IL 60630 - USA
Tel.: +1 (773) 290 1039 / 844-77 FHINC
Fax: +1 (773) 539 9328
info-us@fhorthopedics.com
www.FHortho.com

UK, FH ORTHO LTD
Suite C, Ground Floor, Conwy House
Castle Court, Swansea, SA7 9LA - UK
Tel.: +44 (0) 1792 464792
Fax: +44 (0) 844 412 7674
customer-servicesUK@fhorthopedics.com
www.groupfhortho.com

POLSKA, IMPLANTS INDUSTRIE
Ul. Garbary 95/A6,
61-757 Poznan - POLSKA
Tel: +48 61 863 81 27
Fax: +48 61 863 81 28
fh.orthopedics@poczta.internetdsl.pl
www.groupfhortho.com

DE, VIA 4 SPINE GMBH
Am Holzweg 26
65830 Krieffel - Deutschland
Tel.: 06192 / 97776-0
Fax: 06192 / 97776-11
customerservice@via4spine.de
www.via4spine.de