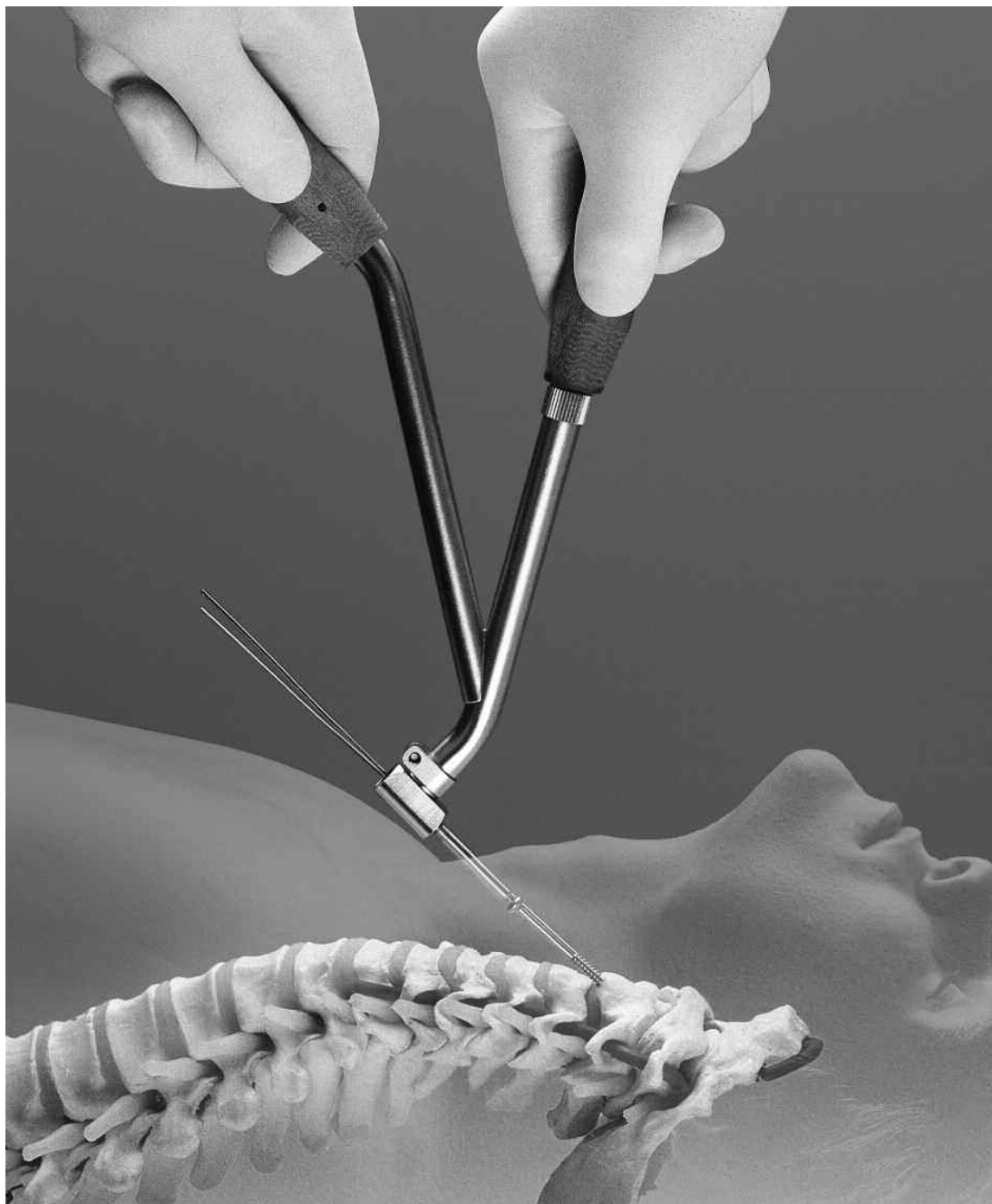


DensAccess. Technique de compression antérieure par vis de traction pour la fixation des fractures de l'apophyse odontoïde et transversales.

Technique chirurgicale



Publication non destinée à être diffusée aux États-Unis.

Instruments et implants approuvés par l'AO Foundation.

 Contrôle par amplificateur de brillance

Avertissement

Cette seule description est insuffisante pour l'utilisation immédiate des produits DePuy Synthes. Il est vivement recommandé de suivre une formation à la manipulation de ces produits, dispensés par un chirurgien expérimenté.

Conditionnement, reconditionnement, entretien et maintenance

Pour des instructions générales, le contrôle du fonctionnement et le démontage des instruments composés de plusieurs pièces ainsi que pour les directives concernant le conditionnement des implants, contacter son représentant Synthes local ou consulter :

<http://emea.depuyssynthes.com/hcp/reprocessing-care-maintenance>

Pour des informations générales sur le reconditionnement, l'entretien et la maintenance des dispositifs, des supports, des boîtes d'instruments réutilisables Synthes, ainsi que pour le conditionnement des implants non stériles Synthes, consulter la brochure Informations importantes (SE_023827) ou se reporter à :
<http://emea.depuyssynthes.com/hcp/reprocessing-care-maintenance>

Introduction	DensAccess	2
	Présentation générale du système	3

Technique chirurgicale		4
-------------------------------	--	---

DensAccess. Technique de compression antérieure par vis de traction pour la fixation des fractures de l'apophyse odontoïde et transversales.

Indications

Les indications de la technique de compression antérieure par vis de traction DensAccess se limitent aux fractures de l'apophyse odontoïde de type II et de type III peu profondes, comme proposés par Anderson et D'Alonzo (1974).

Contre-indications

Dans les fractures en flexion obliques, le fragment inférieur du corps vertébral C2 est trop petit pour une fixation adéquate de la vis et le trait de fracture empêche une compression adéquate à travers la fracture.

Il est techniquement difficile ou impossible de mettre en œuvre cette méthode chez les patients dont le cou est court, les patients obèses, ou les patients qui présentent une mobilité limitée du rachis cervical ou une cyphose cervicale prononcée.

Cette technique n'est pas indiquée dans le cas de sténose du canal rachidien, en raison du risque de lésion de la moelle épinière lié à l'hyperextension du cou.

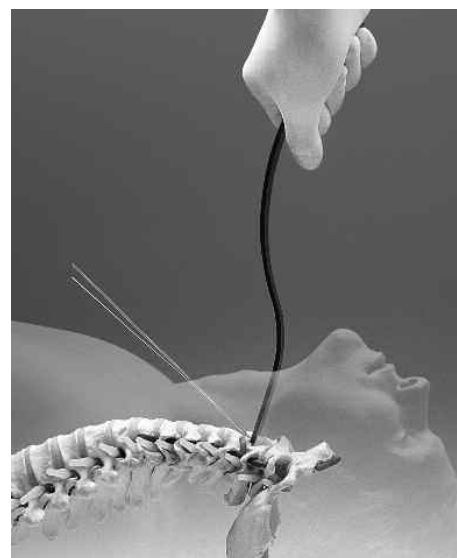


Fixation d'une fracture d'apophyse odontoïde (de type III selon la classification d'Anderson et D'Alonzo, 1974) chez un homme de 28 ans.

Présentation générale du système

Composition du kit d'instrumentation

Art. n°		Unités
187.030	DensAccess dans Vario Case™	
292.020	Broche conductrice de Ø 1.25 mm avec pointe de trocart, longueur 200 mm, pour fixation de l'apophyse odontoïde, acier	10
312.160	Guide-mèche 1.25, avec poignée longue	1
319.380	Fil de nettoyage de Ø 1.25 mm, pour instruments canulés	1
319.970	Brucelles pour vis, autoserrantes	1
387.550	Indicateur de longueur de vis pour fixation de l'apophyse odontoïde, longueur 190 mm	
387.570	Fraise à chambrer, canulée, courte, pour vis canulés de Ø 3.5 mm	1
387.580	Écarteur à os à deux pointes, radiotransparent, largeur 30 mm, longueur 290 mm	1
395.330	Tournevis à transmission, canulé, coudé, pour vis canulées de Ø 3.5 mm	1



Écarteur à os radiotransparent

Vis canulées pour DensAccess, automéchantes, à filetage court (12 mm), alliage de titane (TAN)

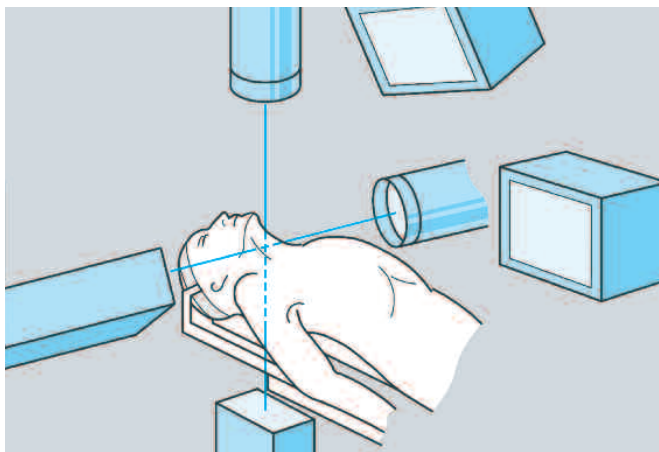
Art.n°	Longueur totale
405.428	28 mm
405.430	30 mm
405.432	32 mm
405.434	34 mm
405.436	36 mm
405.438	38 mm
405.440	40 mm
405.442	42 mm
405.444	44 mm
405.446	46 mm
405.448	48 mm
405.450	50 mm

1

Identification de l'apophyse odontoïde

Le patient est positionné en décubitus ventral.

- Deux amplificateurs de brillance sont nécessaires pour identifier l'apophyse odontoïde dans les incidences antéro-postérieure et latérale.

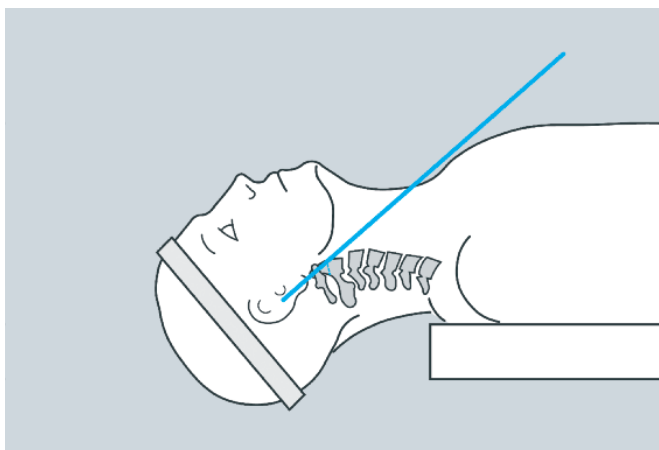


2

Détermination du site d'incision

Placer la tête du patient en extension pour réduire la fracture et faciliter l'insertion des vis.

- Déterminer le site d'incision en plaçant une broche conductrice longue sur le côté du cou, selon l'orientation prévue de la vis, et en contrôlant sur l'amplificateur de brillance.



3

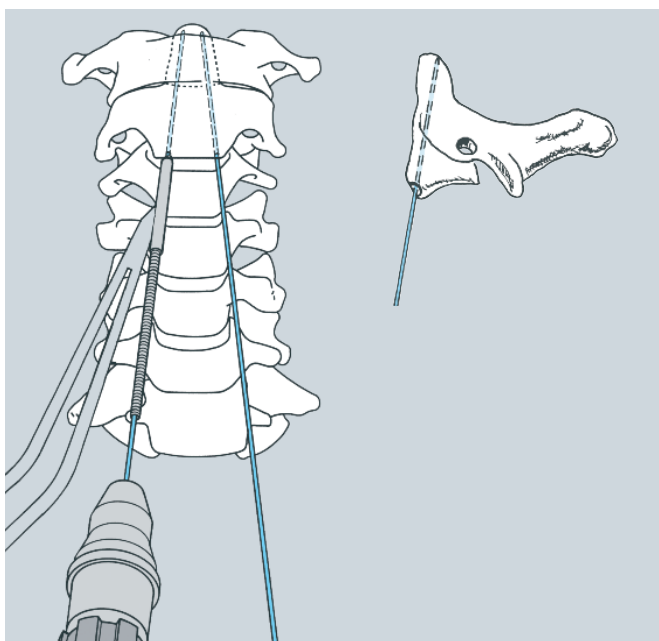
Insertion des broches conductrices

Identifier le bord inférieur du corps de la deuxième vertèbre cervicale (C2).

Remarque: Il est indispensable d'utiliser des protections tissulaires pour forer et tarauder afin de ne pas léser les structures vitales. Une foreuse oscillante peut être utilisée.

Insérer deux broches conductrices de \varnothing 1.25 mm et 200 mm de longueur. Elles doivent être inclinées de 5° environ vers l'axe médian du corps dans le plan frontal.

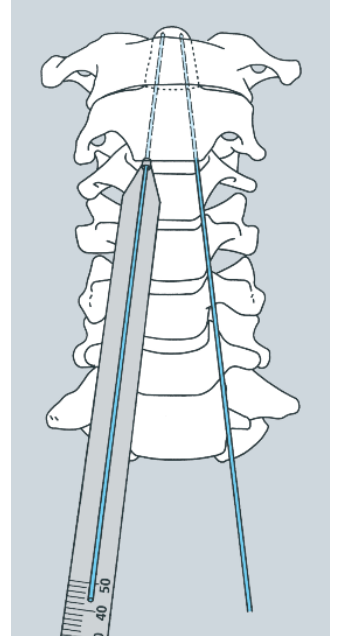
Remarque: Dans le plan sagittal, incliner légèrement les broches vers l'arrière pour qu'elles pénètrent dans la moitié postérieure de la pointe de l'apophyse odontoïde.



4

Détermination de la longueur de la vis

Déterminer la longueur de vis en déterminant la longueur en saillie de la broche conductrice à l'aide de l'indicateur de longueur de vis.

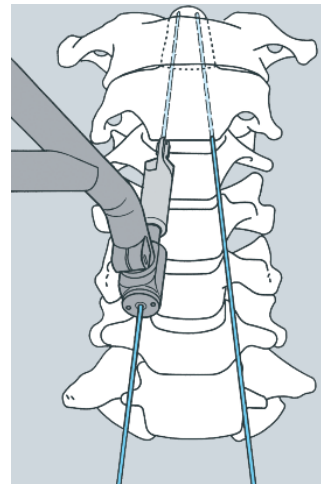


5

Ouverture de la corticale avec la fraise à chamber

Monter la fraise à chamber canulée sur le tournevis canulé coudé et glisser l'ensemble sur la broche conductrice.

La fraise à chamber pénètre dans la corticale dans le bord inféro-antérieur du corps vertébral C2.



6

Implantation de la vis DensAccess

Retenir l'extrémité de la broche conductrice qui dépasse afin d'empêcher la broche de migrer proximale dans le trou occipital pendant le fraisage et l'insertion de la vis.

- Il est impératif de contrôler ces manœuvres sur l'amplificateur de brillance en vue latérale, afin d'éviter une progression de la broche conductrice en direction craniale.

Insérer la vis de longueur appropriée à l'aide du tournevis canulé coudé.

Remarque: Surveiller la progression de la vis sur l'amplificateur de brillance.

