



Impianti

CODICI	Ø mm	Lunghezza mm
ORPP0612	6 mm	12
ORPP0815	8 mm	15
ORPP1018	10 mm	18
ORPP1220	12 mm	20

CE 0123

Strumentario

CODICI	
OR-PPSD25	Cacciavite 2.5 x Tg 6/8
OR-PPSD35	Cacciavite 3.5 x Tg 10/12
OR-PPCA6	Calibratore Ø 6 mm
OR-PPCA8	Calibratore Ø 8 mm
OR-PPCA10	Calibratore Ø 10 mm
OR-PPCA12	Calibratore Ø 12 mm

Prodotto da: BCG Technology S.r.l. - Via Due Ponti 17 - 40050 Argelato (BO)

Bibliografia

- 1 - De Rosa GP. Flexible flatfoot. In: Gould NJ, editor. Operative foot surgery. Philadelphia: WB Saunders 1994;834-57.
- 2 - Giannini S, Ceccarelli F, Benedetti MG, et al. Surgical treatment of flexible flat foot in children: a four-year follow-up study. J Bone Joint Surg Am 2001;83A:S73-9.
- 3 - Bertani A, Cappello A, Benedetti MG, et al. Flat foot functional evaluation using pattern recognition of ground reaction data. Clin Biomech (Bristol, Avon) 1999;14:484-93.
- 4 - Giannini S, Ceccarelli F. The flexible flat foot. Foot Ankle Clin 1998;3:573-92.
- 5 - Giannini S. Operative treatment of the flatfoot: why and how. Foot Ankle Int 1998;19:52-8.
- 6 - Giannini S, Girolami M, Ceccarelli F. The surgical treatment of infantile flat foot. A new expanding endo-orthotic implant. Ital J Orthop Traumatol 1985;11:315-22.
- 7 - Viladot R, Richera R, Viladot A. Quince lecciones sobre patologia del pie. Barcelona: Ediciones Toray SA 1989:69-93.
- 8 - Dockery GL. Symptomatic juvenile flatfoot condition: surgical treatment. J Foot Ankle Surg 1995;34:135-45.
- 9 - Gutierrez PR, Lara MH. Giannini prosthesis for flatfoot. Foot Ankle Int 2005;26:918-26.
- 10 - Bordelon RL. Flexible flatfoot. In: Mann RA, Coughlin MJ, editors. Surgery of the foot and ankle. St. Louis: Mosby 1993:717-56.

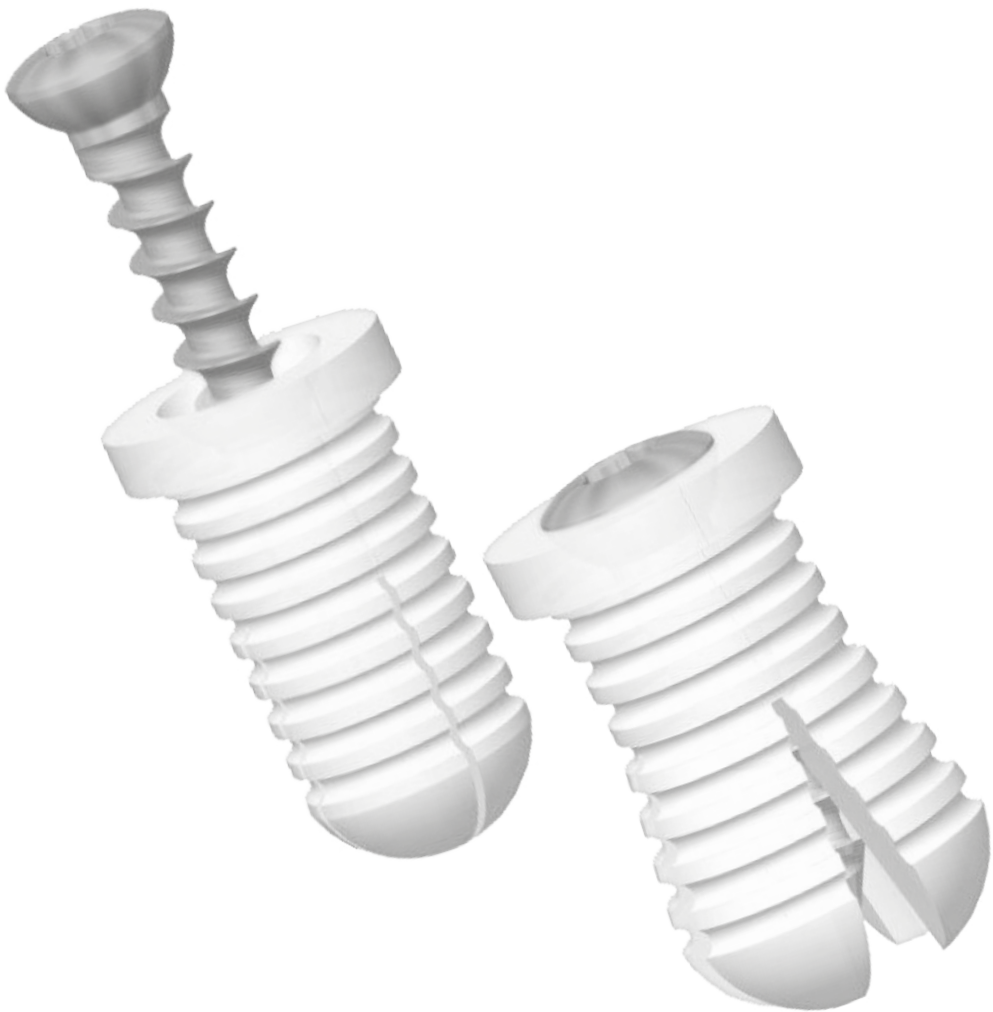


CPC Life Regeneration Lab GmbH
Rosenbergstrasse 6, 9020 Klagenfurt AM Worthersee (AU)
www.life-regeneration.com
info@life-regeneration.com



LAB-IT-REV0618

EASY FOOT



EXP ENDORTESI AD ESPANSIONE



EXP

ENDORTESI AD ESPANSIONE



COSA E' IL PIEDE PIATTO?

Il piede piatto è una patologia estremamente comune nella società occidentale. Tale patologia è determinata dalla deformità triplanare con fulcro sull'articolazione sotto-astraglica, caratterizzata dalla caduta della volta plantare e dalla valgo pronazione del calcagno.

Nella prima fase della deambulazione dai 10 mesi di vita fino ai 3-4 anni tale situazione è del tutto normale e fa parte della normale crescita del piede, infatti il piede si correggerà in maniera spontanea fino ai 6-8 anni.

Solo in alcuni casi, nei quali tale piattismo è di entità maggiore, risulta consigliabile l'uso di plantari atti a migliorare l'appoggio del piede e facilitare la normale maturazione del piede stesso. Tali plantari andrebbero utilizzati, per tanto, fino al massimo ai 6-8 anni. Dopo tale periodo il plantare non riuscirà più a correggere il piede, ma potrà essere ancora utilizzato nei casi in cui il bambino lamenti dolori in assenza del plantare stesso.

Dopo gli 8 anni d'età quindi dovranno essere trattati solo quei bambini nei quali il plantare non ha risolto il piattismo e la valgo pronazione del retropiede, e che manifestino protratta sintomatologia dolorosa al carico e alla deambulazione con facile affaticabilità e dolori tipicamente mediali e plantar-fasciali.

COSA E' L'INTERVENTO DI ARTRORISI ASTRAGALICA?

L'intervento con la protesi ad espansione rientra tra gli interventi di artroresi endo-seno-tarsica "a sostegno del collo", ossia quegli interventi che mirano a correggere la posizione reciproca dell'astragalo sul calcagno senza intaccare l'articolazione astragalo-calcaneare.

La metodica prevede il posizionamento di un cilindro espandibile all'interno del seno del tarso. L'espansione stabilizza i rapporti tra astragalo e calcagno favorendo la correzione della listesi della testa dell'astragalo, con conseguente correzione dell'eccesso di pronazione del retropiede nei pazienti in accrescimento, affinché il calcagno e l'astragalo si rimodellino per raggiungere una conformazione stabile.

Inoltre svolge una funzione neuro-proprioceettiva di correzione dell'asse del retropiede, come dimostrato dal fatto che la correzione viene mantenuta anche dopo la rimozione del dispositivo.

QUALI PIEDI TRATTARE E A CHE ETA'?

- 1) Piede piatto flessibile retropiede valgo-pronato idiopatico,
- 2) calcagno valgo idiopatico,
- 3) Piede piatto valgo-pronato o piede cavo-valgo secondari a:
 - esiti di ipercorrezione di piede torto congenito
 - ipoplasia congenita arti inferiori.
 - sinostosi sotto-astraglica (procedura eseguibile a condizione di rimuovere la sinostosi e ripristinare la motilità sotto-astraglica)

Tutte queste forme di piede piatto possono essere trattate con successo attraverso l'intervento di calcaneo-stop se affrontate in età evolutiva (8 - 13 anni).

CONTROINDICAZIONI

- Piede piatto contratto con ipomotilità della sottoastraglica (Jack's test negativo)
- Piede piatto dell'adulto
- Artrosi sotto-astraglica

PROCEDURE ADDIZIONALI

Nella popolazione pediatrica l'Artrorisi senotarsica "ad impatto diretto" può essere una procedura isolata, consentendo una correzione passiva ed attiva grazie alle sue proprietà biomeccaniche e neuro-proprioceettive. Tuttavia possono rendersi necessari dei tempi chirurgici accessori quali:

- > Rimozione o riduzione del navicolare prominente
- > Allungamento percutaneo dell'achille
- > Ritensionamento del tendine tibiale posteriore

CARATTERISTICHE

EXP è costituito da un cilindro cavo in Polietilene ad alto peso molecolare (UHMWPE) e da una vite in lega di Titanio medico grado 5 (Ti₆Al₄V ELI).

Il cilindro ha un colletto prossimale e presenta una serie di solchi trasversali antimigratori su tutta la superficie. La parte distale è arrotondata e tagliata in senso longitudinale in modo da ottenere 4 sezioni uguali.

L'introduzione della vite coassiale nel cilindro origina l'espansione delle sezioni, ottenendo così un adattamento ottimale all'anatomia del seno del tarso contrastando le possibili forze migratorie in modo da evitare il "pull-out" dell'impianto.

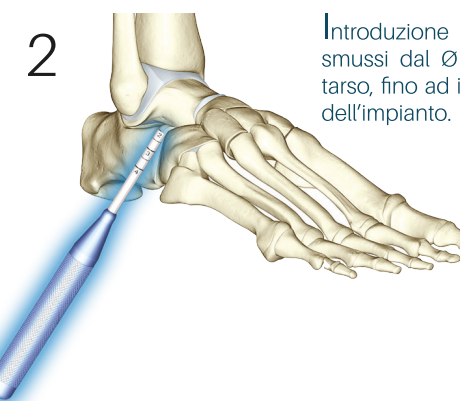
Gli impianti sono disponibili in 4 taglie.

Sono confezionati in blister più busta e sterilizzati all'ossido di etilene.

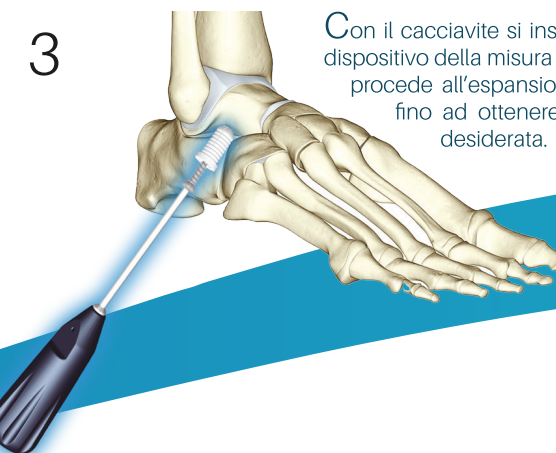
Procedura chirurgica



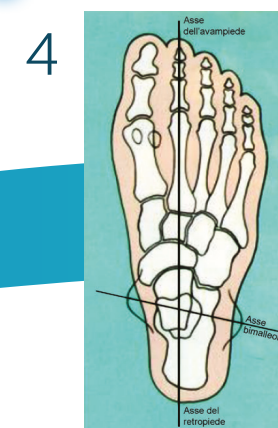
1 Incisione laterale di 2 cm a livello del seno del tarso. Dissezione dei tessuti molli alla ricerca del canale tarsale avendo cura di evitare il nervo surale ed il tendine peroneo breve.



2 Introduzione progressiva dei calibratori smussi dal Ø 6 all'interno del seno del tarso, fino ad identificare la corretta taglia dell'impianto.



3 Con il cacciavite si inserisce quindi il dispositivo della misura identificata e si procede all'espansione del cilindro fino ad ottenere la correzione desiderata.



4 Si controlla quindi l'avvenuta correzione guardando il piede dalla vista plantare (segno dei due malleoli). Se entrambi i malleoli sono visibili il piede è in asse; se è visibile solo uno dei due malleoli è possibile modulare la correzione agendo sulla vite.