



Impianti

CODICI	Ø mm	Lunghezza mm
ORPP8525	6.5 mm	25
ORPP8530	6.5 mm	30
ORPP8535	6.5 mm	35
ORPP8540	6.5 mm	40

Strumentario

CODICI	
OR-PPSD35	Cacciavite 3.5
OR-PPAP	Puntale

CE 0123

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

Bibliografia

- 1) Pavone V, Costarella L, Testa G, Conte G, Riccioli M, Sessa G. Calcaneo-stop procedure in the treatment of the juvenile symptomatic flatfoot. J Foot Ankle Surg. 2013 Jul-Aug;52(4):444-7.
- 2) Uselli FG, Montrasio UA. The calcaneo-stop procedure. Foot Ankle Clin. 2012 Jun;17(2):183-94.
- 3) Roth S, Sestan B, Tudor A, Ostojic Z, Sasso A, Durbesic A. Minimally invasive calcaneo-stop method for idiopathic, flexible pes planovalgus in children. Foot Ankle Int. 2007 Sep;28(9):991-5.



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



LAB-IT-REV 0618

EASY FOOT



STILL VITE ASTRAGALICA



STILL

VITE ASTRAGALICA



COSA E' IL PIEDE PIATTO?

Il piede piatto è una patologia estremamente comune nella società occidentale. Tale patologia è determinata 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 e sport 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 CALCANEO-STOP?

L'intervento di calcaneo-stop rientra tra gli interventi di artroresi endo-seno-tarsica, ossia quegli interventi che mirano a correggere la posizione reciproca dell'astragalo sul calcagno senza intaccare l'articolazione astragalo-calcaneare.

In tal senso il calcaneo-stop si comporta come un'ortesi interna del piede.

La metodica prevede il posizionamento di una vite in direzione anterograda nell'astragalo. Tale vite ha una funzione meccanica in quanto, posandosi sul calcagno, ne impedisce lo scivolamento laterale.

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 della vite.

QUALI PIEDI TRATTARE E A CHE ETÀ?

- 1) Piede piatto flessibile retropiede valgo-pronato idiopatico,
- 2) calcagno valgo idiopatico,
- 3) Piede piatto valgo-pronato o piede cavo-valgo secondari a:
 - paralisi cerebrale infantile
 - iperlassità generalizzata
 - esiti di ipercorrezione di piede torto congenito
 - ipoplasia congenita arti inferiori.

Tutte queste forme di piede piatto possono essere trattate con successo attraverso l'intervento di calcaneo-stop se affrontate in età evolutiva (9-13 anni).

CONTROINDICAZIONI

- Piede piatto contratto con ipomotilità della sottoastragala (Jack's test negativo)
- Piede piatto dell'adulto
- Artrosi sotto-astragala
- Sinostosi sotto-astragala, la procedura è comunque eseguibile a condizione di rimuovere la sinostosi e ripristinare la motilità sotto-astragala
- Intolleranza ai materiali

PROCEDURE ADDIZIONALI

Nella popolazione pediatrica il calcaneo-stop 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

La nuova vite **STILL** si caratterizza per la morfologia della testa a "collo di bottiglia" che garantisce un miglior adattamento al pavimento del seno del tarso con miglior stabilità biomeccanica e minor rischio di penetrazione nel calcagno. Il sottotesta si raccorda con un ampio raggio alla filettatura in modo da migliorare la distribuzione delle forze di compressione conseguenti al normale utilizzo dell'impianto. Inoltre il corpo conico e la filettatura a doppio principio garantiscono una maggior tenuta della vite nell'astragalo, riducendo il rischio di mobilizzazione. E' realizzata completamente in lega di Titanio medicale grado 5 ed è disponibile in 4 diverse lunghezze con testa Ø 8,5 mm e corpo di Ø 6,5 mm.

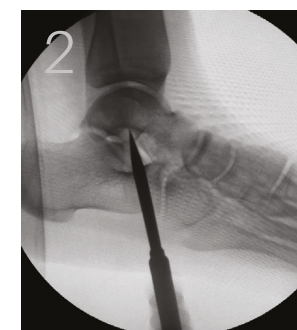
Gli impianti sono facilmente identificabili visivamente attraverso un codice colore.

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

Procedura chirurgica



1
Incisione laterale di 1-2 cm centrata sul seno del tarso. Dissezione dei tessuti molli avendo cura di evitare il nervo surale ed il tendine peroneo breve.



2
Sotto controllo fluoroscopico si pratica invito con puntale retto sulla faccia anteriore del processo laterale dell'astragalo, a 45° sul piano frontale in direzione del malleolo tibiale mediale e a 35° in direzione del punto medio della cupola astragala sul piano sagittale.



3
Si infigge quindi la vite mantenendo il calcagno in correzione, in posizione supina con la caviglia a 90°.



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 il malleolo interno il piede è ipo-corretto e la vite deve essere pertanto parzialmente sfilata, per anticipare il contatto tra la testa della vite e il calcagno. Se è visibile solo il malleolo esterno il piede è iper-corretto e pertanto è necessario affondare maggiormente la vite. Deve essere evitata l'infissione della vite dentro l'articolazione astragalo-calcaneare o la procidenza della punta della vite dentro, l'articolazione tibio-tarsica.