



C.F.P. II Hüftprothesensystem

Anatomisch angepasst und schenkelhalserhaltend

CE 0426

Erklärung der Piktogramme			
	Hersteller		Artikelnummer
	Material (Nummer)		Das Produkt erfüllt die geltenden Bestimmungen der europäischen Rechtsangleichung für die CE-Kennzeichnung.

C.F.P. II Hüftprothesensystem

Anatomisch angepasst und
schenkelhalserhaltend

OP-Technik

- 02 Präoperative Planung
- 03 Vorbereitung und Implantation

Implantate

- 07 C.F.P. II Hüftschäfte

Instrumente

- 08 Instrumentenset für C.F.P. II Hüftschäfte
- 10 Handgriff für Raspelschäfte und Knochenkompressoren
- 11 Zusatzinstrumente

Zubehör

- 11 Röntgenschablonen

Literatur

- 12 Literatur

Indikationen/Kontraindikationen

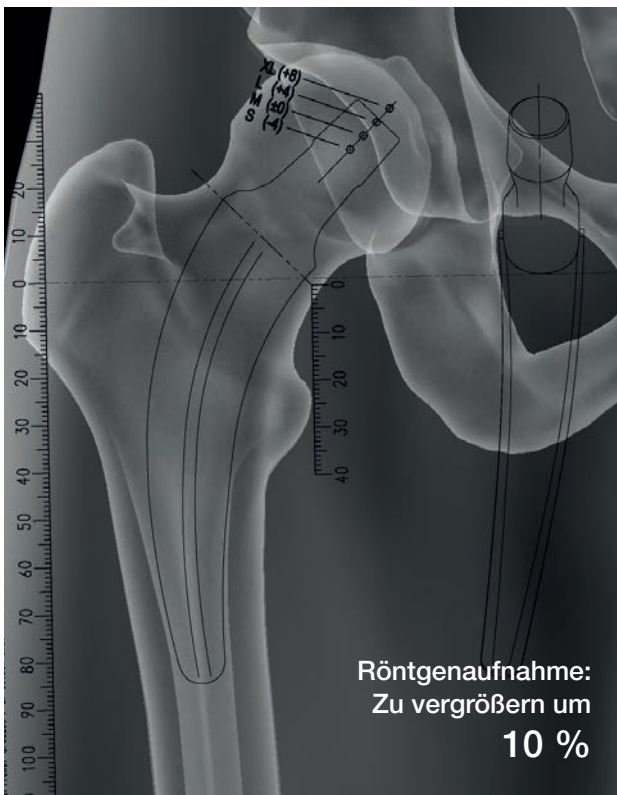
- 13 Indikationen/Kontraindikationen

Notizen

- 14 Notizen

Wichtige Hinweise

Präoperative Planung



Um optimale Resultate zu erzielen, sollte stets eine präoperative Planung mit den entsprechenden Schablonen durchgeführt werden. Der Vergrößerungsfaktor der Schablonen beträgt 110%.

Zur Größenbestimmung werden je eine qualitativ gute a-p- und m-l-Röntgenaufnahme mit ausreichendem Kontrast verwendet.

Häufig ist eine zweite Röntgenaufnahme des nicht betroffenen Gelenks hilfreich. Eine mangelhafte präoperative Planung kann zur falschen Implantatwahl und/oder zur falschen Implantatpositionierung führen.

Bei der Planung der Resektionsebene muss der Schenkelhals in Verbindung mit dem gewünschten Rotationsmittelpunkt und der Beinlänge berücksichtigt werden. Hierfür wird der Rotationsmittelpunkt des Hüftkopfes der Größe M der Schablone am gewünschten Drehpunkt des Femurs ausgerichtet.

Die Schaftgröße orientiert sich dabei an dem zu erreichenden „Fit and Fill“ im Bereich des Schenkelhalses sowie der proximalen Metaphyse.

Der Schaft sollte der medialen Krümmung des Femurs folgen, um möglichst langstreckig am Adam'schen Bogen aufzuliegen.

Die Resektion ist durch die gestrichelte diagonale Linie der Schablone gekennzeichnet. Sie erfolgt in 90° zur Schenkelhalsachse und im Allgemeinen in Höhe des Isthmus.

HINWEIS:

Die präoperative Planung liefert eine erste Orientierung, kann jedoch nicht zur abschließenden Bestimmung der am besten geeigneten Schaftgröße herangezogen werden. Diese Entscheidung muss intraoperativ erfolgen.

Patientenlagerung/Operationszugänge

Die Wahl des Zugangs hängt von der Erfahrung des Chirurgen und dessen Beurteilung der individuellen Situation ab.



Abb. 1

Resektion des Schenkelhalses

Die Resektion erfolgt in der Höhe, die in der präoperativen Planung festgelegt wurde. Es ist darauf zu achten, die Resektion in einem Winkel von 90° zur Schenkelhalsachse durchzuführen (Abb. 1).

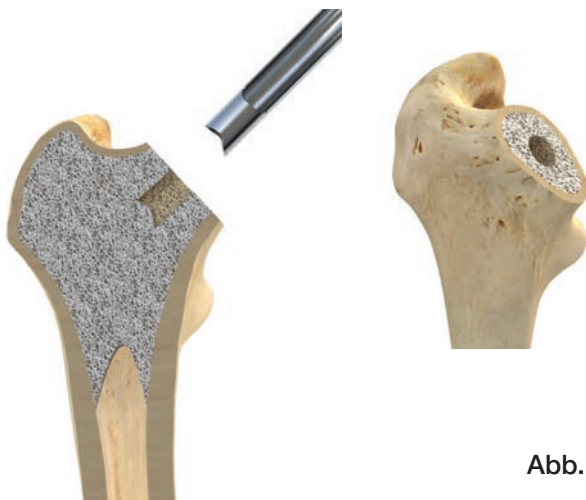


Abb. 2

Eröffnung des Markraums

Der Markraum wird im Zentrum der Resektionsfläche mit einem Hohlmeißel eröffnet. (Abb. 2).



Abb. 3

Mit der Starterraspel erfolgt der Zugang zum Markraum des Femurs. Die Starterraspel wird am medialen Calcar geführt (Abb. 3).

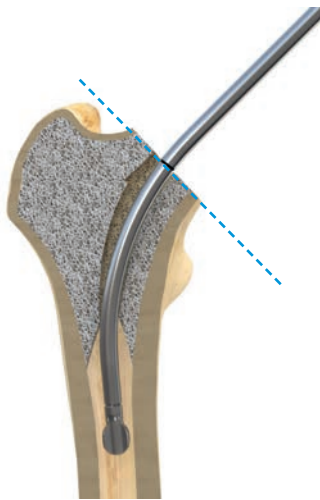


Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6

Präparation des Markkanals

Optional: Verwendung gebogener Tastinstrumente

Mit den gebogenen Tastinstrumenten kann optional die maximal zulässige distale Schaft-/Kompressorgröße bestimmt werden.

Die Tastinstrumente sollten stets vor dem Einsetzen des entsprechenden Kompressors zur Größenbestimmung zur Anwendung kommen. Dies kann insbesondere bei einem hohen Flare-Index hilfreich sein, um sicherzustellen, dass der distale Durchmesser des Femur-Markraums ausreichend weit ist.

Die gebogenen Tastinstrumente werden jeweils bis zur umlaufenden Markierung eingesetzt. Der Abschnitt unterhalb der umlaufenden Markierung entspricht der Länge des Knochenkompressors und des endgültigen Schafts (Abb. 4).

ACHTUNG:

Die finale Größe des Implantats wird durch ein „Fit and Fill“ im Bereich des Schenkelhalses sowie der proximalen Metaphyse vorgegeben und nicht durch die gebogenen Tastinstrumente bestimmt.

Nach Eröffnung des Schaft-Markraums wird dieser mit dem kleinsten Kompressor präpariert (Abb. 5).

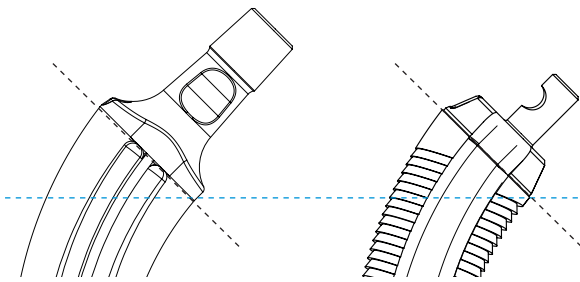
Zum Einsetzen des Kompressors den Hebel des Handgriffes öffnen und den Zapfen des Kompressors in die Stirnseite des Hebels einführen. Anschließend den Hebel wieder schließen. Aufgrund der anatomischen Form des Kompressors und der vorgegebenen Anteversion des verbliebenen Schenkelhalses stellt sich die Anteversion des Schafts in der Regel von selbst ein. Die Präparation des proximalen Femurs erfolgt mit schrittweise zunehmenden Größen der optionalen gebogenen Tastinstrumente und den entsprechenden Kompressoren.

Das proximale Femur wird so weit präpariert, dass mit dem größtmöglichen Kompressor eine optimale Stabilität erzielt wird. Der Vorgang ist abgeschlossen, wenn der Kompressor zentral und rotationsstabil im Femurkanal positioniert ist. Anschließend wird der Handgriff entfernt und der Kompressor in situ belassen (Abb. 6).

ACHTUNG:

Die endgültige Kompressorgröße muss nicht unbedingt der präoperativen Planung entsprechen, sondern kann um bis zu zwei Größen variieren.

Durch die Kompressoren wird die Knochensubstanz verdichtet. Beim Ein- und Ausschlagen der Kompressoren sollten versehentliche Drehbewegungen der Einheit von Handgriff und Kompressor vermieden werden, um das Implantatbett nicht zu beeinträchtigen.



ACHTUNG:

Die C.F.P. II Kompressoren besitzen einige Millimeter unterhalb der Verbindung mit dem Handgriff eine Markierungslinie. Die Höhe der Linie am Kompressor entspricht dem Übergang zwischen der modifizierten Oberfläche und dem polierten Schenkelhalsanteil des C.F.P. II Schafts. Anhand dieser Orientierungslinie wird der zu implantierende Prothesenschaft bis zu dieser Position des letzten Kompressors eingeschlagen und somit die gewünschte durch den Kompressor vorgegebene Implantationstiefe exakt reproduziert.

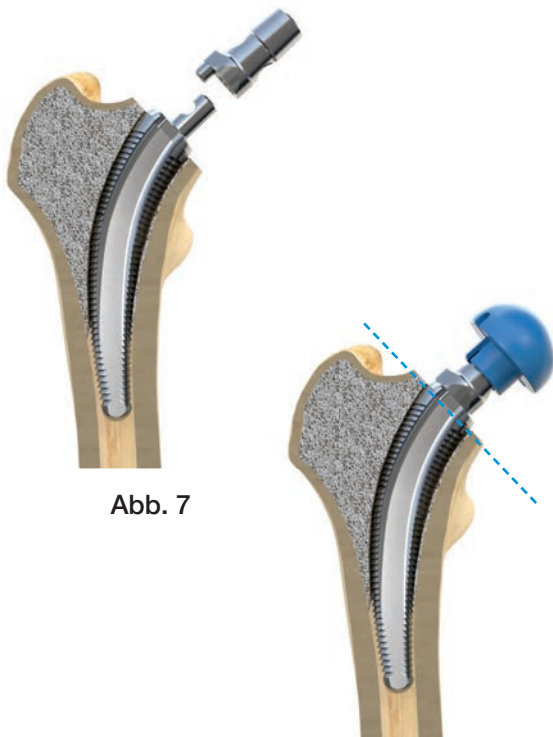


Abb. 7

Abb. 8

Probereposition

In der Regel wurde die Pfannenkomponente vor der Schaftkomponente implantiert, so dass nun eine Probereposition erfolgen kann.

Die Probe erfolgt mithilfe des liegenden Kompressors. Der Handgriff wird dazu vom Kompressor abgenommen und das Probesteil aufgesetzt (Abb. 7). Unter Verwendung der verschiedenen Probeköpfe werden das Offset, die korrekte Beinlänge und die Stabilität überprüft (Abb. 8). Der Bewegungsumfang wird ebenfalls kontrolliert, um ein Impingement sowie eine etwaige Luxationsneigung auszuschließen.

Die Verwendung des endgültigen Prothesenkopfes mit den Probesteilen ist nicht vorgesehen.

Abschließend werden der Probekopf und das Probesteil händisch abgezogen.

Der Kompressor wird mithilfe des Handgriffs aus dem Femurkanal entfernt.

Implantation des endgültigen Prothesenschafts

Mithilfe der zuvor durchgeführten Probereposition wird der zu verwendende Prothesenschaft endgültig festgelegt. Das entsprechende Implantat wird nun der sterilen Verpackung entnommen und anschließend mit der Einführzange so weit wie möglich in den Markkanal eingeführt. Dies muss vorsichtig erfolgen, um das Implantatbett nicht zu schädigen (Abb. 9).



Abb. 9

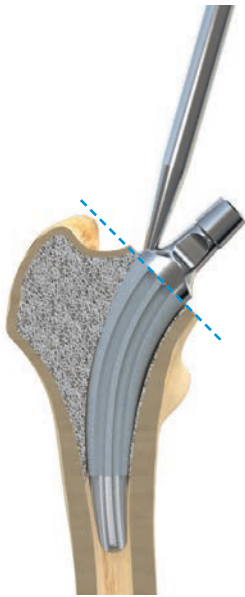


Abb. 10

Der Einschlagstößel wird in die laterale Vertiefung auf der Prothesenoberseite eingesetzt. Aufgrund dieses ungekoppelten Prinzips werden ggfs. auftretende Hebelkräfte während der Implantation nicht auf die Prothese übertragen.

Nun wird der Prothesenschaft mit gleichmäßigen Hammerschlägen vorsichtig eingetrieben, bis er die endgültige Position erreicht hat. Im Idealfall ist dies der Fall, sobald die Übergangslinie der Prothese auf gleicher Höhe wie die des zuletzt verwendeten Kompressors liegt (Abb. 10).

In der Regel ist eine ausreichend stabile Verankerung erreicht, wenn die Prothese sich unter stetigen, leichten Hammerschlägen nicht mehr bewegt.

ACHTUNG:

Bei einem starken Widerstand ist Vorsicht geboten, um keine Schenkelhalsfraktur zu provozieren. Den Schaft nicht mit Gewalt weiter eintreiben. Es sollte überprüft werden, ob ein Offset Abweichung oder eine Beinlängendifferenz durch die Auswahl eines kürzeren Prothesenkopfes ausgeglichen werden kann.

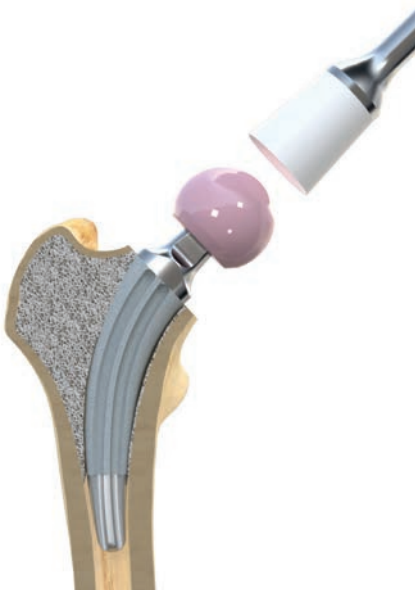


Abb. 11

Im Anschluss daran kann eine erneute Probereposition vorgenommen werden. Hierzu wird der gewählte Probekopf auf das Implantat gesteckt und die Probereposition durchgeführt. Abschließend wird der Probekopf wieder entfernt.

Aufsetzen des endgültigen Prothesenkopfes

Der Schaftkonus wird sorgfältig gesäubert und getrocknet. Dies ist insbesondere bei Keramikköpfen wichtig. Anschließend wird der Kopf mit axialem Druck und einer Drehbewegung von Hand auf den Konus aufgesetzt.

Der Prothesenkopf wird mit dem Aufschlaginstrument leicht aufgeschlagen, um ihn endgültig auf dem Konus zu fixieren (Abb. 11). Nach dem Säubern der Gelenkflächen wird abschließend das Gelenk reponiert (Abb. 12).

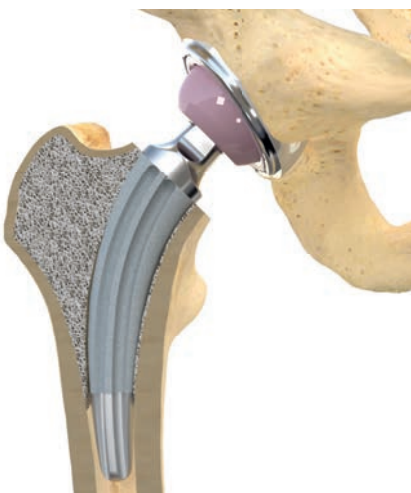


Abb. 12

Es folgt der schichtweise Wundverschluss.

Entfernen der Komponenten

Bei Bedarf können die verschiedenen Prothesenkomponenten entfernt werden.

Der Prothesenkopf kann nach Luxierung mit einem Stößel/Schaft/Stab, der an der Kopfbasis angesetzt wird, in axialer Richtung entfernt werden.

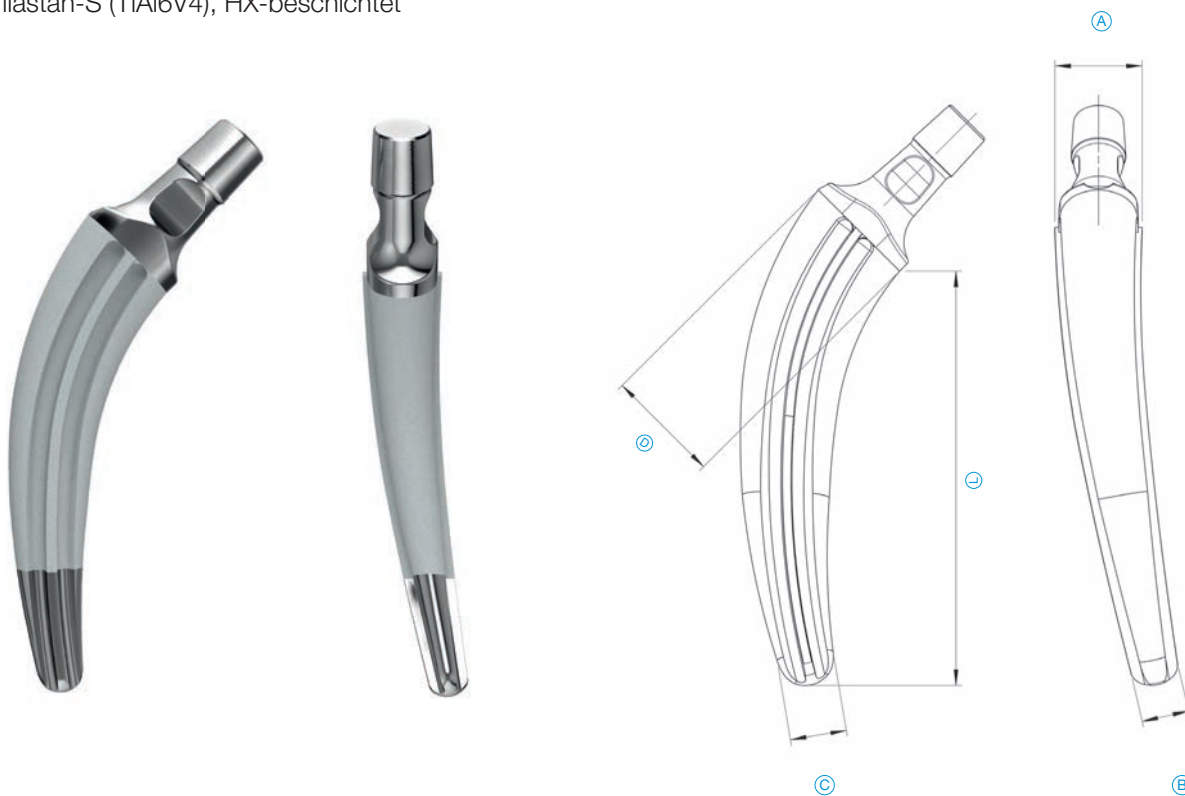
Die Femurkomponente kann gegebenenfalls mithilfe des Extraktionsinstrumentes (S. 11) ausgeschlagen werden.

ACHTUNG:

Wenn ein Keramikkopf durch einen Kopf aus dem gleichen Material ersetzt werden muss, dürfen ausschließlich Keramikrevisionsköpfe mit einem Innenkonus aus Metall (ELEC plus) Verwendung finden.

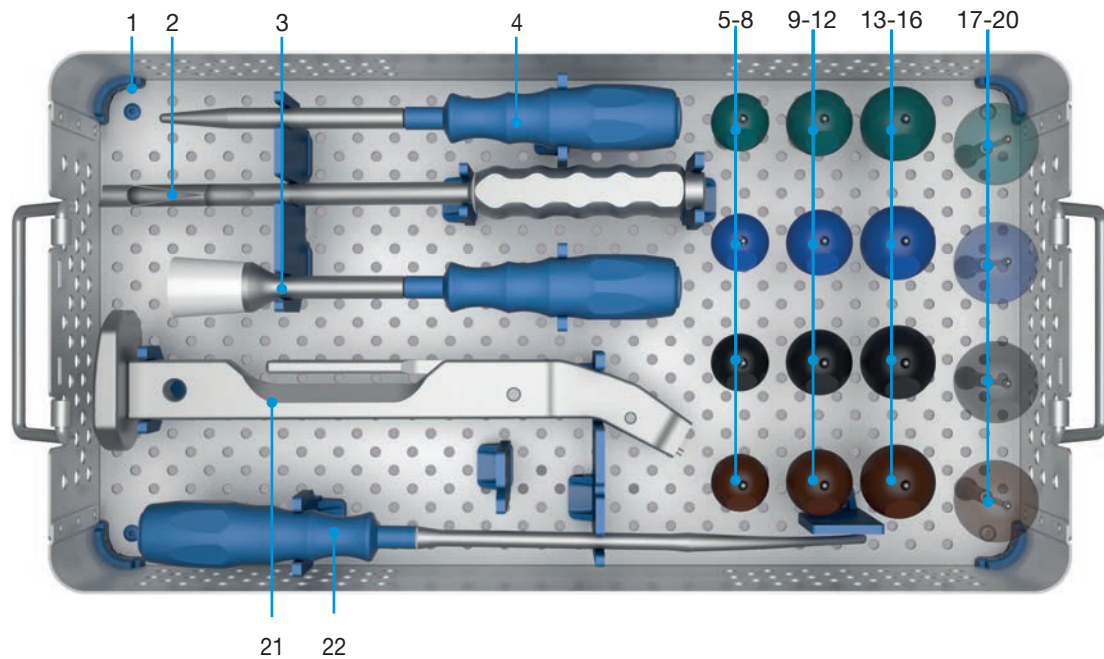
C.F.P. II Hüftschaft

MAT Tilastan-S (TiAl6V4), HX-beschichtet



REF	Ausführung	Größe	Ⓐ mm	Ⓑ mm	Ⓒ mm	Ⓓ mm	Ⓕ mm
294-001/26	links	1	15	6,5	6,4	20,0	70
294-002/26	links	2	16	7,3	7,6	21,3	75
294-003/26	links	3	17	8,0	8,7	22,6	80
294-004/26	links	4	18	8,6	9,8	23,9	85
294-005/26	links	5	19	9,6	11,0	25,2	90
294-006/26	links	6	20	10,4	12,1	26,5	95
294-007/26	links	7	21	11,2	13,2	27,8	100
294-008/26	links	8	22	11,9	14,3	29,1	105
294-101/26	rechts	1	15	6,5	6,4	20,0	70
294-102/26	rechts	2	16	7,3	7,6	21,3	75
294-103/26	rechts	3	17	8,0	8,7	22,6	80
294-104/26	rechts	4	18	8,6	9,8	23,9	85
294-105/26	rechts	5	19	9,6	11,0	25,2	90
294-106/26	rechts	6	20	10,4	12,1	26,5	95
294-107/26	rechts	7	21	11,2	13,2	27,8	100
294-108/26	rechts	8	22	11,9	14,3	29,1	105

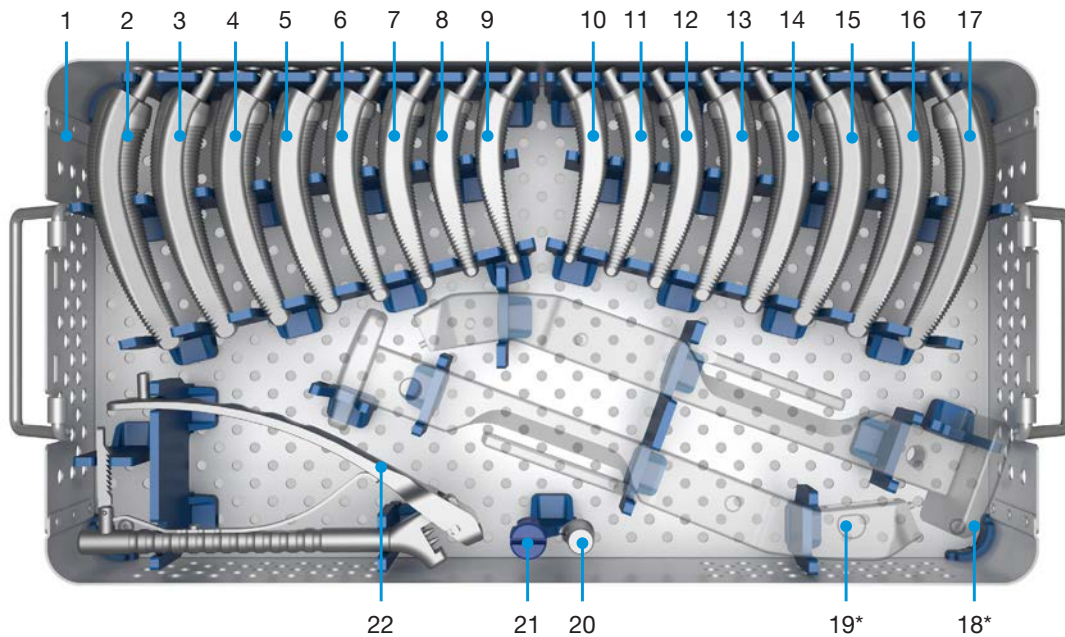
Instrumentensieb für Grundinstrumentarium, komplett, für C.F.P. II Hüftschäfte



1	175-111/00	Instrumentensieb, leer			1
2	175-380	Hohlmeißel zur Eröffnung des Markraums, 180 mm			
3	175-360	Kopfaufschläger für Prothesenköpfe mit auswechselbarem Kunststoffkopf, 280 mm			
4	130-622	Einschlagstößel für Schäfte, 250 mm, gerade			
Probeköpfe					
	REF	Ø	Halslänge	Halslänge, mm	Menge
5	175-928/11	28	kurz	-3,5	1
6	175-928/12	28	mittel	0	1
7	175-928/13	28	lang	+3,5	1
8	175-928/14	28	extra lang	+10,5	1
9	175-932/11	32	kurz	-4	1
10	175-932/12	32	mittel	0	1
11	175-932/13	32	lang	+4	1
12	175-932/14	32	extra lang	+8,5	1
13	175-936/11	36	kurz	-4	1
14	175-936/12	36	mittel	0	1
15	175-936/13	36	lang	+4	1
16	175-936/14	36	extra lang	+8	1
17*	175-940/11	40	kurz	-4	1
18*	175-940/12	40	mittel	0	1
19*	175-940/13	40	lang	+4	1
20*	175-940/14	40	extra lang	+8	1
21	130-394/01	Universal-Handgriff für Knochenkompressoren mit Schnellverschluss			1
22	175-390	Starterraspel			1

* auf Anfrage, nicht im Lieferumfang des Standardsets enthalten

Kompressorsieb, komplett, für C.F.P. II Hüftschäfte



1	295-421/00	Instrumentensieb, leer		1
2	295-008/26	Knochenkompressor, links	Größe 8	1
3	295-007/26	Knochenkompressor, links	Größe 7	1
4	295-006/26	Knochenkompressor, links	Größe 6	1
5	295-005/26	Knochenkompressor, links	Größe 5	1
6	295-004/26	Knochenkompressor, links	Größe 4	1
7	295-003/26	Knochenkompressor, links	Größe 3	1
8	295-002/26	Knochenkompressor, links	Größe 2	1
9	295-001/26	Knochenkompressor, links	Größe 1	1
10	295-101/26	Knochenkompressor rechts	Größe 1	1
11	295-102/26	Knochenkompressor rechts	Größe 2	1
12	295-103/26	Knochenkompressor rechts	Größe 3	1
13	295-104/26	Knochenkompressor rechts	Größe 4	1
14	295-105/26	Knochenkompressor rechts	Größe 5	1
15	295-106/26	Knochenkompressor rechts	Größe 6	1
16	295-107/26	Knochenkompressor rechts	Größe 7	1
17	295-108/26	Knochenkompressor rechts	Größe 8	1
18*	130-394/03	Gewinkelter Universal-Handgriff für Knochenkompressoren, links		1
19*	130-394/02	Gewinkelter Universal-Handgriff für Knochenkompressoren, rechts		1
20	295-201/26	Probesteil		1
21	179-122/01	Auswechselbare Konuskappe für Einführzange		1
22	179-122	Einführzange		1

* auf Anfrage, nicht im Lieferumfang des Standardsets enthalten

130-394/01 Universal-Handgriff für Raspelschäfte und Knochenkompressoren

130-394/02 Universal-Handgriff für Raspelschäfte und Knochenkompressoren, gewinkelt, rechts

130-394/03 Universal-Handgriff für Raspelschäfte und Knochenkompressoren, gewinkelt, links



Kopplung mit Kompressor



1

Der Hebel des Handgriffes ist zur Kopplung mit dem Kompressor bis zum Anschlag in Pfeilrichtung zu öffnen (Pfeil links). Anschließend wird der Ansatz des Kompressors in die stirnseitige Aufnahme des Griffes eingeführt (Pfeil rechts, Abb. 1).



2

Zum Sichern der Verbindung zwischen Kompressor und Griff wird der Hebel in Pfeilrichtung geschlossen (Abb. 2).



3

Zum Trennen der Verbindung wird der Hebel wieder in Pfeilrichtung geöffnet (Abb. 3). Kompressor und Handgriff können dann entkoppelt werden.

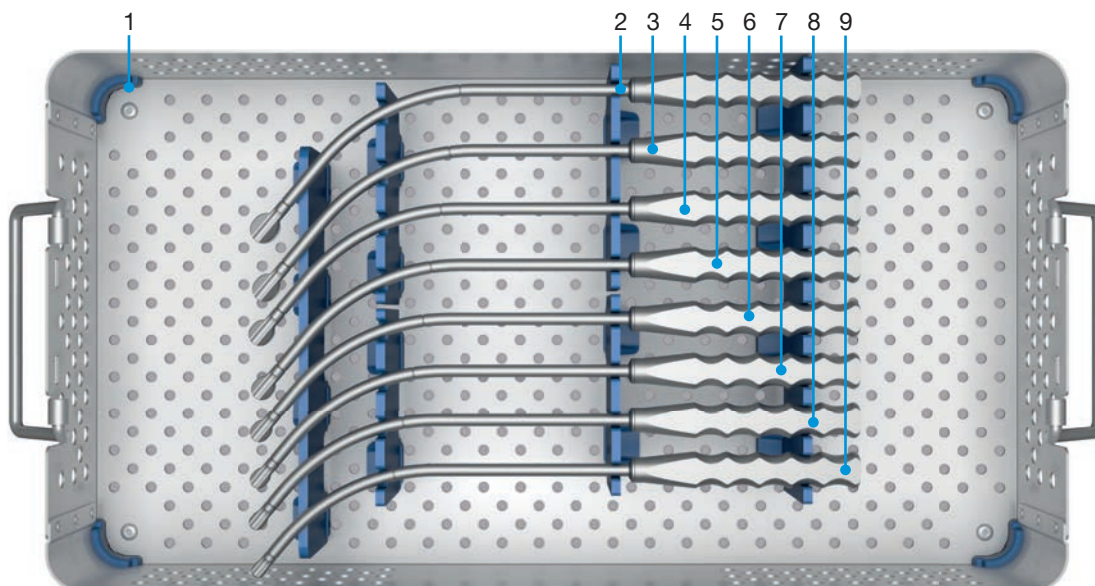
Zusätzliche Instrumente

(nicht im Lieferumfang des Standardsets enthalten)

Sieb mit gebogenen Tastinstrumenten, komplett, für C.F.P. II Hüftschäfte

graduiert, mit Tastolive

MAT Rostfreier Stahl, 300 mm



	REF	Ausführung	Größe
1	295-431/00	Instrumentensieb, leer	
2	295-501/26	Gebogenes Tastinstrument links/rechts	1
3	295-502/26	Gebogenes Tastinstrument links/rechts	2
4	295-503/26	Gebogenes Tastinstrument links/rechts	3
5	295-504/26	Gebogenes Tastinstrument links/rechts	4
6	295-505/26	Gebogenes Tastinstrument links/rechts	5
7	295-506/26	Gebogenes Tastinstrument links/rechts	6
8	295-507/26	Gebogenes Tastinstrument links/rechts	7
9	295-508/26	Gebogenes Tastinstrument links/rechts	8

130-252/00 Instrumentarium für Schaftextraktion (ohne Abbildung)

Röntgenschablonen

für C.F.P. II Hüftprothesenschäfte, zementfrei

MAT Schaft: Ti6Al4V, HX-Beschichtung, Konus 12/14 mm, Größe 1-8, Set mit 8 Stück

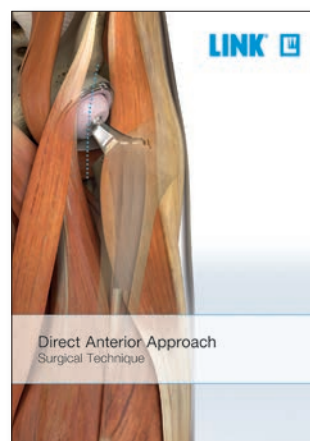
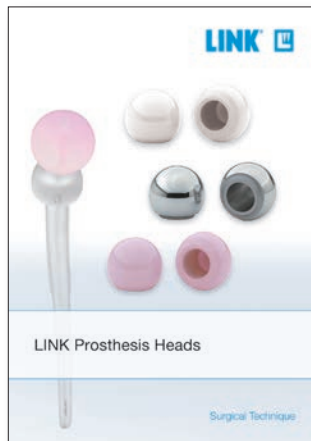
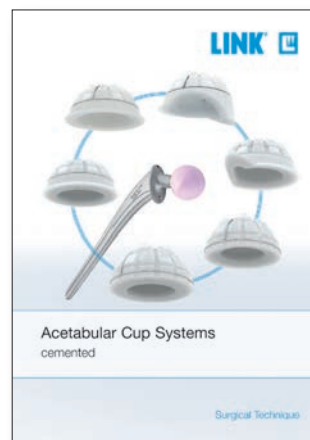
REF	Tatsächliche Größe
295-401/26	110 %


Reinigungs- und Pflegeanleitung

Spezielle Anleitungen für Instrumente sind auf Anfrage erhältlich über: E-Mail customer@linkhh.de

Weitere Informationen

Kataloge sind auf Anfrage erhältlich: E-Mail customer@linkhh.de



 Für weitere Informationen registrieren Sie sich in unserer LINK Mediathek (linkorthopaedics.com)



Cfp2opvideo.linkorthopaedics.com

Indikationen und Kontraindikationen: C.F.P. II Hüftprothesensystem
Allgemeine Indikationen
Bewegungseinschränkende Erkrankungen, Frakturen oder Defekte, die weder mit konservativen noch mit osteosynthetischen Maßnahmen beherrschbar sind
Indikationen
Primäre und sekundäre Coxarthrose
Rheumatoide Arthritis
Korrektur funktionaler Deformationen
Avaskuläre Nekrose
Kontraindikationen
Schlechter Allgemeinzustand
Akute oder chronische Infektionen, lokal und systemisch
Allergien gegen einen der verwendeten Werkstoffe
Ausgeprägte Muskel-, Nerven-, Gefäß- oder sonstige Erkrankungen, die die betroffene Extremität gefährden
Mangelhafte Knochensubstanz oder Knochenqualität, die einem stabilen Sitz der Prothese entgegensteht

ACHTUNG:

Es handelt sich hierbei um Indikationen/Kontraindikationen, denen Standardfälle zugrunde gelegt sind. Die finale Entscheidung für ein Implantat muss vom Chirurgen aufgrund seiner individuellen Analyse und seiner Erfahrung für jeden Patienten erfolgen.

C.F.P. II Hüftprothesenschäfte sind mit Prothesenköpfen bis zu einer Halslänge von +10,5 mm kombinierbar.

Bei der Verwendung unserer Implantate ist Folgendes zu beachten:

1. Die korrekte Auswahl des Implantates ist sehr wichtig.

Größe und Form des menschlichen Knochens bestimmen Größe und Form des Implantates. Damit wird auch die Belastbarkeit begrenzt. Implantate sind nicht dafür geeignet, die uneingeschränkte Körperbelastung zu tragen. Die Beanspruchung sollte nicht die normale funktionelle Belastung überschreiten.

2. Die korrekte Handhabung des Implantates ist sehr wichtig.

Eine nachträgliche Verformung beeinträchtigt die Lebensdauer des Implantates und darf unter keinen Umständen vorgenommen werden. Unsere Implantate dürfen nicht mit Implantaten anderer Hersteller kombiniert werden.

Eine sichere Implantation der Komponenten ist nur gewährleistet, wenn die in der OP-Anleitung benannten Instrumente verwendet werden.

3. Kein Implantat darf wiederverwendet werden.

Die Implantate werden als sterile Einmalprodukte geliefert. Implantate, die bereits implantiert wurden, dürfen nicht wiederverwendet werden.

4. Die Nachbehandlung ist ebenfalls sehr wichtig.

Der Patient muss auf die Grenzen der Belastbarkeit des Implantates hingewiesen werden. Sie ist nicht mit der eines gesunden Knochens vergleichbar!

5. Die Implantate sind, sofern nicht anders angegeben, steril verpackt.

Bei der Lagerung der verpackten Implantate ist Folgendes zu beachten:

- keine starken oder schnellen Temperaturschwankungen
- Die Lagerung in der unbeschädigten Originalverpackung ist bis zum auf dem Produktetikett angegebenen Verfallsdatum möglich
- Implantate in einem festen Gebäude lagern
- vor Frost, Feuchtigkeit, direkter Sonneneinstrahlung und mechanischer Beschädigung schützen
- Die Lagerzeit originalverpackter Implantate ist auf maximal 5 Jahre ab Herstellungsdatum begrenzt
Das Verfallsdatum ist auf dem Produktetikett angegeben
- keine Implantate mit beschädigter Verpackung verwenden

6. Die Rückverfolgbarkeit ist wichtig.

Bitte verwenden Sie hierzu die der Verpackung beigefügten Dokumentationsaufkleber.

7. Weiterführende Informationen zu den Materialzusammensetzungen erhalten Sie auf Anfrage beim Hersteller.

Gebrauchsanweisung beachten!

Waldemar Link GmbH & Co. KG, Hamburg

Alle veröffentlichten Beiträge, Abbildungen und Daten in diesem Katalog sind urheberrechtlich geschützt. Jede vom Urheberrechtsgesetz nicht zugelassene Nutzung bedarf unserer vorherigen Zustimmung. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigung, Bearbeitung, Übersetzung, öffentliche Zugänglichmachung, Einspeicherung, Verarbeitung bzw. Wiedergabe von Inhalten in Datenbanken oder anderen elektronischen Medien und Systemen auf jede Art und Weise und in jeder Form, ganz oder teilweise. Die Angaben in den Katalogen dienen lediglich der Produktbeschreibung und beinhalten keine Garantie.

Die beschriebene OP-Anleitung wurde nach bestem Wissen und Gewissen des Herstellers verfasst. Sie kann nicht die Verantwortung des Arztes ersetzen, den jeweiligen Besonderheiten des Einzelfalls angemessene Rechnung zu tragen.


Die in diesem Dokument gezeigten Produkte sind möglicherweise nicht in Ihrem Land verfügbar. Die Produktverfügbarkeit unterliegt den Zulassungs- und/oder Registrierungsvorschriften des jeweiligen Landes. Wenden Sie sich bitte an die Waldemar Link GmbH & Co. KG, wenn Sie Fragen zur Verfügbarkeit von LINK Produkten in Ihrem Land haben.

Die Waldemar Link GmbH & Co. KG und/oder andere verbundene Unternehmen besitzen, verwenden oder beantragen die folgenden Marken in vielen Ländern: LINK, BiMobile, SP II, Modell Lubinus, E-Dur, EndoDur, T.O.P. II, BetaCup, CombiCup PF, CombiCup SC, CombiCup R, MobileLink, C.F.P., LCU, SP-CL, LCP, MIT-H, Endo-Modell, Endo-Modell SL, MP, MEGASYSTEM-C, GEMINI SL, SPAR-K, LCK, Link OptiStem, HX, TiCaP, X-LINKed, PorAg, LINK PorEx, BiPorEx, PorEx-Z, TrabecuLink, Tilastan, customLINK, RescueSleeve, Stactip, VACUCAST.

In diesem Dokument können andere Marken und Handelsnamen verwendet werden, um auf die Unternehmen zu verweisen, die die Marken und/oder Namen beanspruchen, oder auf deren Produkte. Diese Marken und/oder Namen sind das Eigentum ihrer jeweiligen Inhaber.



Cfp2opvideo.linkorthopaedics.com

 LINK ITALIA S.p.A.

via Cascina Belcasule, 11 - 20141 Milano - Italien
Tel.: +39 02 535421 - Fax: +39 02 53542350
infolink@linkitaliaspa.it - www.linkorthopaedics.com

