

stryker®

# ACCOLADE II®

Sistema de anca femoral

Técnica  
cirúrgica



## INDICAÇÕES

---

As indicações de utilização das próteses de substituição total da anca incluem:

- Doença articular degenerativa não inflamatória, incluindo osteoartrite e necrose avascular;
- Artrite reumatóide;
- Correção de deformidade funcional;
- Procedimentos de revisão em que outros tratamentos ou dispositivos falharam; e,
- Não uniões, fraturas do colo femoral e fraturas trocantéricas do fémur proximal com envolvimento da cabeça que não sejam passíveis de tratamento com recurso a outras técnicas.

*Indicação adicional específica da utilização de hastes femorais ACCOLADE II com polietilenos constritivos Howmedica Osteonics compatíveis:*

- Quando a haste for utilizada com polietilenos constritivos Howmedica Osteonics compatíveis, o dispositivo destina-se a utilização em doentes submetidos a cirurgia primária ou de revisão com elevado risco de deslocação da anca devido a histórico de deslocação, perda óssea, laxidão dos tecidos moles, doença neuromuscular ou instabilidade intraoperatória.

As hastes femorais ACCOLADE II destinam-se exclusivamente a um uso não cimentado e a procedimentos de artroplastia total e parcial.

## CONTRAINDICAÇÕES

---

- Infeção ativa ou suspeita de infeção latente na articulação da anca ou em áreas adjacentes;
- Massa óssea que não seja adequada para suporte ou fixação da prótese;
- Esqueleto imaturo;
- Qualquer perturbação mental ou doença neuromuscular que possa criar um risco inaceitável de instabilidade da prótese, falha de fixação da prótese ou complicações nos cuidados pós-operatórios; e
- Obesidade. Os doentes obesos ou com excesso de peso podem submeter o dispositivo a cargas que podem ocasionar a perda da fixação ou a falha do próprio dispositivo.

## AVISOS E PRECAUÇÕES

---

Consulte o folheto informativo relativamente às advertências, precauções, acontecimentos adversos e outras informações essenciais sobre o produto.

Antes de utilizar os instrumentos ACCOLADE II, verifique:

- Se os instrumentos foram devidamente desmontados antes da limpeza e esterilização;
- Se os instrumentos foram devidamente montados após a esterilização;
- Se os instrumentos mantiveram a integridade do design; e,
- Se estão disponíveis configurações de tamanho apropriado.

## ÍNDICE

---

Planeamento pré-operatório . . . . .	2
Ressecção do colo femoral . . . . .	3
Preparação do canal femoral . . . . .	4-5
Utilização de raspas . . . . .	6-7
Redução da prova . . . . .	8-9
Implantação da haste . . . . .	10-11
Redução final . . . . .	12
Informações sobre o implante. . . . .	13
Instrumentos . . . . .	14-17

*Para obter instruções de limpeza e esterilização de instrumentos cirúrgicos, consulte o folheto informativo do instrumento.*

# ACCOLADE II

## Sistema de anca femoral

O sistema de anca femoral ACCOLADE II é uma haste femoral que se destina a aplicação não cimentada e com encaixe por pressão. A região proximal da haste é revestida com PureFix HA sobre um substrato em titânio comercialmente puro com pulverização em plasma. A cunha morfométrica — uma evolução da cunha cônica — caracteriza-se pela sua curvatura medial variável, específica do tamanho. O sistema de anca femoral ACCOLADE II é adequado para várias abordagens cirúrgicas, incluindo a abordagem direta anterior.

O sistema total inclui:

- 12 dimensões de corpos, entre o tamanho 0 e o tamanho 11
- Duas opções de offset anatómico para cada tamanho

A haste foi desenvolvida para utilização com as cabeças femorais Stryker V40 e respetivos componentes acetabulares compatíveis.

O sistema de anca ACCOLADE II inclui uma plataforma de instrumentos exclusivamente de raspa que acomoda todas as abordagens cirúrgicas e que foi reestruturada para eficiência cirúrgica.

### Técnica cirúrgica

A Stryker Orthopaedics gostaria de agradecer aos seguintes cirurgiões ortopédicos pela sua contribuição no desenvolvimento da técnica cirúrgica do sistema ACCOLADE II:

Dr. Richard Rothman  
Dr. Dermot Collopy  
Dr. David Jacofsky  
Dr. Frank Kolisek  
Dr. Art Malkani

A presente publicação define os procedimentos recomendados detalhados para a utilização de dispositivos e instrumentos Stryker Orthopaedics. Faculta orientações que deve seguir, mas, como sucede com qualquer guia técnico deste tipo, cada cirurgião deve tomar em consideração as necessidades particulares de cada doente e fazer ajustes adequados quando e conforme necessário.



# PASSO 1

## PLANEAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

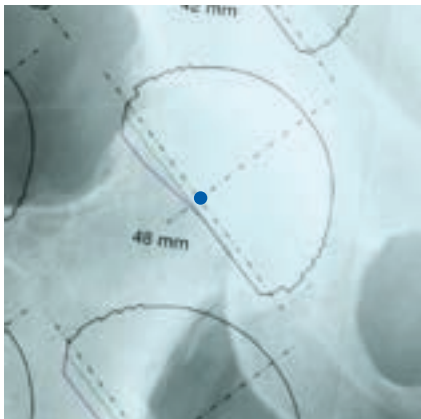


Figura 1

O planeamento pré-operatório ajuda a determinar o estilo e a dimensão prováveis do implante. O processo de planeamento pré-operatório deve tomar em consideração fatores qualitativos e quantitativos (incluindo a qualidade, a densidade e a morfologia do osso do doente) de modo a avaliar e a selecionar o sistema de instrumento/implante adequado para o doente.

Coloque um template acetabular sobre a área na radiografia (Figura 1).

Certifique-se de que a cúpula está bem centrada no acetábulo e de que o tamanho preenche o espaço entre o sinal de gota de lágrima e o bordo superior. Depois de modelar o acetábulo em termos de dimensão, assinale o centro de rotação (representado pelo ponto azul).



### Sugestão

**Richard Rothman, M.D.**

A colocação de templates é um aspeto importante do planeamento pré-operatório, mas deve servir apenas como guia. A tomada de decisão final em relação ao ajuste, tamanho e tensão dos tecidos moles decorre no bloco operatório.



Figura 2

O sistema ACCOLADE II tem duas opções de offset: o offset com ângulo padrão do colo de 132° e o offset com ângulo mais fechado de 127°. Escolha o template ACCOLADE II para o qual o tamanho da haste alcança o encaixe cortical mediolateral nos dois terços proximais da haste e recrie o comprimento e offset da perna (Figura 2). Para ambas as opções de 132° e 127°, o modelo tem marcas que indicam o centro da cabeça femoral para um leque de opções de offset da cabeça.

A alteração prevista no comprimento e no offset da perna é determinada pelo posicionamento relativo do centro das marcas de rotação nos componentes femorais e acetabulares. Por exemplo, se determinada marca do centro de rotação de um componente femoral for superior à marca do centro de rotação do componente acetabular, é de prever um alongamento da perna. A alteração pretendida no comprimento da perna é determinada pela desigualdade do comprimento da perna radiográfico que foi previamente estabelecida. Se for necessário um alongamento de 8 mm da perna para que os comprimentos das pernas sejam idênticos, a marca do centro de rotação do componente femoral deve localizar-se 8 mm acima do centro de rotação do componente



Figura 3

acetabular. São escolhidos o tamanho da haste e o offset da cabeça que mais se aproximem deste objetivo. A alteração prevista no offset é também considerada por comparação da posição medial/lateral relativa do centro das marcas de rotação dos componentes femorais e acetabulares. Os templates devem ser utilizados para estimar os componentes finais que restabeçam de forma mais precisa o offset normal da anca do doente.

Assim que se determinar o tamanho e a posição final estimada da haste, deve tomar-se nota do nível de ressecção do colo (Figura 3). Este valor será utilizado como referência durante a ressecção intraoperatória do colo.



### Sugestão

**David Jacofsky, M.D.**

O tamanho da haste e o nível de ressecção do colo do template podem ter de ser ajustados se não tiver sido possível gerir o comprimento da perna unicamente por alteração do offset da cabeça ou do ângulo do colo.



### Templates

**Templates de acetato ACCOLADE II N.º lit. LTEM105**



Os templates de acetato incluem uma ampliação de 20%.

# PASSO 2

## RESSECÇÃO DO COLO FEMORAL



Um nível de ressecção do colo adequado afeta diretamente a colocação e adaptação finais da haste femoral. Ao utilizar os pontos de referência anatômica referenciados durante o template pré-operatório, a ressecção do colo pré-planeada é feita com uma serra oscilante e com a ajuda do guia de ressecção do colo. O guia ajuda o cirurgião a determinar uma correta orientação e colocação da haste. Após a colocação cuidadosa do template pré-operatório, o guia é colocado na face anterior/posterior do fêmur proximal exposto e o corte do colo femoral planeado é marcado com um instrumento de marcação preferido. Deve ter-se cuidado para alinhar o corpo do guia com o eixo do canal femoral (Figura 4).

Figura 4



### Instrumento

**Guia de ressecção do colo  
1020-1100**



# PASSO 3

## PREPARAÇÃO DO CANAL FEMORAL

Para ajudar a garantir uma orientação final adequada da haste, é preferível uma inclinação lateral durante a preparação do implante. A retração do músculo glúteo médio e a remoção do osso cortical lateral na inserção piriforme permitirá uma verdadeira introdução axial dos instrumentos e do implante. Poderá utilizar um osteótomo de caixa modular ou um rongeur para remover o osso desta área (Figura 5).



Figura 5



### Sugestão

**Art Malkani, M.D.**

Retire o osso cortical lateral na fossa piriforme para obter um ajuste proximal ideal e minimizar o risco de subdimensionamento e/ou colocação em posição varo do componente femoral.



### Instrumentos

**Osteótomo de caixa modular**  
1601-1210



**Pega modular ortonômica**  
1020-2900



**Martelo**  
1120-1000





Figura 6

O sistema de anca ACCOLADE II é um sistema apenas com raspas. Embora seja necessário utilizar uma fresa inicial axial, a utilização de fresas cilíndricas não é necessária para preparar o canal femoral. A fresa inicial axial é utilizada com a pega em T para abrir o canal femoral e ajudar na determinação da orientação do eixo femoral. O design cônico permite o acesso ao canal e é graduado ao longo das estrias, o que ajuda a fornecer uma referência durante a inserção no canal. Faça avançar a fresa inicial axial dentro do canal femoral até uma profundidade em que a primeira marca de graduação fique alinhada com a face medial da ressecção do colo (Figura 6).

A aplicação de uma ligeira pressão lateral na fresa durante a operação ajudará na preparação do canal femoral na orientação neutra do implante.



#### Nota

**Deve ter-se cuidado para não afundar a fresa inicial abaixo da primeira marca de graduação, para permitir um encaixe por pressão adequado do implante.**

**Fresa inicial axial  
1020-1200**



**Pega em T ortonómica  
1101-2200**





# PASSO 4

## UTILIZAÇÃO DE RASPAS



Figura 7

A utilização das raspas é depois executada começando pelo tamanho 0. A raspadora deve ser orientada para o eixo longo da forma oblonga criada pela ressecção do colo (Figura 7).



Figura 8

Aplice as raspas, aumentando o tamanho sequencialmente até chegar ao tamanho adequado. As pistas para o cirurgião de um encaixe firme e tamanho final incluem: 1.) alteração da intensidade do som resultante das marteladas no punho da raspadora; 2.) aumento da resistência na progressão; 3.) ausência de movimentos posteriores.

Dois sulcos existentes nas superfícies anterior e posterior da raspadora servem como ponto de referência para ajudar o cirurgião a visualizar a progressão da raspadora dentro do fêmur (Figura 8).



### Nota

AS RASPAS ACCOLADE II podem ser devidamente identificadas de várias formas.

- 1) O tamanho da raspadora está gravado num bolso quadrado existente nos lados anterior e posterior da raspadora.
- 2) O tamanho está marcado na parte de cima do punho da raspadora.
- 3) A ponta lateral distal da raspadora é polida.
- 4) Número de referência 1020-52xx



### Nota

As raspas Accolade e ACCOLADE II não podem ser usadas interpermutavelmente.



### Sugestão

**Art Malkani, M.D.**  
Durante a utilização de raspas, aplique uma inclinação lateral na raspadora para preencher o fêmur proximal e minimizar o subdimensionamento do implante.



### Instrumentos

**Punho da raspadora com desvio**  
1020-1460



**Raspadora ACCOLADE II**  
Tamanhos 0-11  
1020-52xx



**Martelo**  
1120-1000





Se se basear apenas na altura da ressecção do colo para a altura de assentamento final, o resultado pode ser um dimensionamento inadequado e uma fixação inadequada do componente.

A raspa final deverá ficar firmemente assente contra o osso cortical medial e lateral (Figura 9).



#### Sugestão

**Frank Kolisek, M.D.**

Se a raspa e/ou a haste parar acima ou abaixo da ressecção do colo original, é necessário reavaliar o comprimento da perna e a tensão dos tecidos moles durante a colocação de provas intraoperatória. Não force a raspa e/ou a haste até ao nível de ressecção. Se o fizer, aumentará o risco de fratura do fémur proximal.

Geralmente, se uma raspa descer abaixo do nível da ressecção do colo, avance para o tamanho de raspa maior seguinte. Se a ressecção do colo for considerada mais alta do que o desejado, retire a raspa e faça uma nova ressecção do colo a um nível inferior.

**Instrumento de remoção de protuberâncias ósseas – padrão 1020-1111**



Figura 9

Para uma boa fixação do implante, é importante que o alinhamento axial da raspa no canal seja sempre mantido. Em geral, a rotação da raspa permite o autoalinhamento.

Quando atingir o tamanho final e a profundidade da raspa, destaque o punho da raspa, deixando-a totalmente assente no canal femoral.



#### Sugestão

**Frank Kolisek, M.D.**

O template pré-operatório serve como guia. Não continue a bater com a raspa com mais força só porque não chegou ao tamanho do modelo anteriormente estabelecido.

#### PASSO OPCIONAL



Figura 10A

Monte o instrumento de remoção de protuberâncias ósseas no adaptador de alimentação da fresa. Oriente o instrumento de remoção de protuberâncias ósseas sobre o pino da raspa, assegurando que o instrumento de remoção de protuberâncias ósseas está alinhado axialmente com o pino e está estável. Ligue o instrumento antes de contactar com o fémur e faça avançar o instrumento de remoção de protuberâncias ósseas lentamente em direção à raspa, utilizando alimentação contínua até o batente positivo dos contactos do instrumento de remoção de protuberâncias ósseas contactar com a face da raspa e o osso ser removido (Figura 10A).

A falha em utilizar o instrumento de remoção de protuberâncias ósseas de acordo com estas instruções poderá danificar o fémur.



Figura 10B

Caso o instrumento de remoção de protuberâncias ósseas não fique totalmente encaixado no pino da raspa (Figura 10B), retire a raspa e execute uma nova ressecção do colo a um nível inferior. Em alternativa, deverá considerar a utilização de um tamanho de raspa superior.

# PASSO 5

## REDUÇÃO DA PROVA



### Sugestão

**Richard Rothman, M.D.**

Comece com uma prova de colo offset (132°) padrão. Se o comprimento das pernas for igual, mas existir laxidão dos tecidos moles, mude para uma prova de colo de 127°.

Selecione uma prova de colo que tenha o mesmo comprimento e ângulo do colo base que o tamanho de implante planeado. Pode determiná-lo de duas formas:

1. Faça corresponder o indicador de cor situado na parte de cima do cone da prova de colo com o indicador de cor na parte de cima da raspa (Figura 11).
2. A tabela seguinte indica o tamanho de colo correto para cada tamanho de haste e o código de cor correspondente. O tamanho da raspa tem uma correspondência direta com o tamanho do implante.

TAMANHO DA HASTE	COMPRIMENTO/COR DA PROVA DE COLO
0, 1	27 mm/Amarelo
2, 3	30 mm/Azul
4, 5, 6	35 mm/Verde
7, 8, 9	37 mm/Preto
10, 11	40 mm/Vermelho



Figura 11



### Instrumentos

**132°, Prova de colo 1020-32xx**



**127°, Prova de colo 1020-27xx**



**Raspa ACCOLADE II tamanhos 0-11 1020-52xx**





Figura 12

Monte a prova de colo na raspa. Em seguida, monte a prova de cabeça V40 na prova de colo (Figura 12). As cabeças femorais são fornecidas com diversos offsets e são diferentes para cada material de implante de cabeça femoral (ver a tabela à direita). Por este motivo, o material da cabeça final deve ser escolhido antes da redução da prova. Os offsets aumentam ou diminuem o comprimento do colo base do implante e ajudam a atingir o comprimento e o offset desejado da perna.

Proceda à redução da prova da anca. Quando confirmar os componentes selecionados, remova a prova de cabeça e a prova de colo, monte o punho na raspa e retire-a do canal femoral. Retire a raspa do canal femoral. O tamanho final da raspa determina o tamanho correto do implante.



**Nota**

As provas de cabeça com o sufixo "R" são fabricadas num material radiopaco, tornando-as visíveis sob raio-X.

**Prova de cabeça V40  
6264-x-xxxR**



**Sugestão**

**Richard Rothman, M.D.**  
Lembre-se que o template pré-operatório serve como guia. O tamanho final, o comprimento da perna e o offset são determinados intraoperatoriamente.



**Sugestão**

**Dermot Collopy, M.D.**  
Após a redução da prova e antes da remoção da raspa, bata mais algumas vezes na raspa para verificar se avança. Devido às propriedades viscoelásticas do osso, este poderá relaxar durante o processo de colocação de provas. Se a raspa avançar, volte a colocar uma nova prova e a fazer os ajustes necessários em conformidade.

CABEÇA	TAMANHO DA CABEÇA	OFFSETS DA CABEÇA
CoCr V40	22	+0, +3, +8
	26	-3, +0, +4, +8, +12
	28	-4, +0, +4, +8, +12
	32	-4, +0, +4, +8, +12
	36	-5, +0, +5, +10
	40	-4, +0, +4, +8, +12
	44	-4, +0, +4, +8, +12
Alumina V40	28	-2,7, +0, +4
	32	-4, +0, +4
	36	-5, +0, +5
Alumina C-Taper (quando utilizada com a manga adaptadora C-Taper — n.º de catálogo 17-0000E)	28	-2,5, +0, +5
	32	-2,5, +0, +5
	36	-5, +0, +5
delta BIOLOX V40	28	-4, -2,7, +0, +4
	32	-4, +0, +4
	36	-5, -2,5, +0, +2,5, +5, +7,5
delta BIOLOX C-Taper (quando utilizada com a manga cônica universal — n.º de catálogo 17-0000E)	28	-2,5, +0, +2,5, +5
	32	-2,5, +0, +2,5, +5
	36	-5, -2,5, +0, +2,5, +5, +7,5
delta BIOLOX universal cônica (quando utilizada com a manga cônica universal — n.º de catálogo 6519-T-XXX)	28	-2,5, +0, +4
	32	-2,5, +0, +4
	36	-2,5, +0, +4
	40	-2,5, +0, +4
	44	-2,5, +0, +4

# PASSO 6

## IMPLANTAÇÃO DA HASTE

### OPÇÃO 1

Enrosque o introdutor da haste roscado modular no orifício da face proximal da haste (Figura 13). O introdutor deve ser totalmente enroscado e fixo à haste antes da impactação para prevenir danos nas roscas do implante ou no instrumento. Insira a haste no canal femoral até parar, utilizando o introdutor.



Figura 13



### Sugestão

**Dermot Collopy, M.D.**

Se a haste ficar pendurada devido a conflito do introdutor da haste modular contra a ponta pendurada do grande trocânter, retire o introdutor da haste roscada, deixando a haste colocada, e utilize o impactador da haste modular para assentar a haste na totalidade.

### OPÇÃO 2

A haste femoral ACCOLADE II também pode ser inserida utilizando o introdutor da haste de offset modular de ligação rápida. Coloque a ponta do introdutor no orifício da haste, tendo o cuidado de alinhar a patilha de versão do introdutor com a ranhura da haste (Figura 14). O design de ligação rápida fornece ao introdutor uma ligação com mola estável, mas não confere um bloqueio mecânico. Por conseguinte, este conjunto deve ser manuseado com cuidado, uma vez que a agitação ou movimentação excessivas podem levar a que haste se separe do introdutor.

**Nota:** o introdutor de haste de offset modular de ligação rápida não pode ser utilizado com o tamanho 0 e o tamanho 1 do sistema ACCOLADE II. A utilização incorreta pode levar a falha do instrumento.

### OPÇÃO 3

A haste femoral ACCOLADE II também pode ser inserida manualmente e, em seguida, impactada no osso com o impactador da haste modular. O impactador da haste modular tem uma ponta esférica, que é colocada no orifício da haste. Este instrumento possibilita a impactação fora do eixo da haste. O impactador da haste modular não se liga à haste, pelo que só pode ser utilizado para a impactação final da haste.



### Instrumentos

**Introdutor da haste roscado modular  
1020-1800**



**Introdutor da haste de offset modular  
de ligação rápida  
1020-1860**



**Impactador da haste modular  
1020-1870**





Figura 14



Figura 15



Depois, é utilizado um maço para assentar a haste no canal (Figura 15).

O cirurgião **NÃO** deve tentar continuar a impactar o componente femoral se evidências visuais e sonoras indicarem que a haste está firmemente assente no canal. Deve basear-se nestas evidências e não no nível de assento da raspa para determinar a altura de assento final do implante. Uma impactação agressiva ininterrupta pode provocar fratura femoral. Caso se encontre osso denso intraoperatoriamente e estejam presentes fatores anatómicos compostos, o assentamento do implante pode não ser consistente com o nível da raspa devido à natureza viscoelástica do osso femoral.\* Se a altura do assentamento final for indesejável, o implante poderá ser removido e poderá ser realizada uma nova aplicação de raspa. Se o introdutor da haste estiver a contactar com o grande trocânter durante a inserção, a impactação ininterrupta poderá causar fratura.



### Sugestão

**Frank Kolisek, M.D.**

**Antes de qualquer impactação com o maço, o implante deve ser sempre inserido no canal femoral até parar. Isso facilita o posicionamento do implante na mesma orientação que foi colocada a raspa, impedindo que a haste seja forçada para uma posição diferente.**

**Pega modular ortonômica  
1020-2900**



**Martelo  
1120-1000**





# PASSO 7

## REDUÇÃO FINAL



Figura 16

Antes da montagem final da cabeça, a escolha do comprimento do colo/offset da cabeça pode ser reavaliada utilizando uma prova de cabeça V40. Coloque a prova de cabeça no cone do colo da haste e proceda à redução da anca. São avaliadas a igualdade do comprimento das pernas e a tensão dos tecidos moles adequada. Remova a prova de cabeça e seque o tronco do implante com uma compressa para laparotomia ou um toalhete estéril.

Selecione a cabeça femoral ou a manga V40 correspondente adequada (CoCr, cerâmica de alumina, cerâmica BIOLOX) e coloque-a no tronco seco da haste femoral com um ligeiro movimento de torção. Impacte a cabeça com duas pancadas de intensidade moderada utilizando o impactador da cabeça modular (Figura 16).

Verifique se a cabeça está segura no tronco, aplicando tração na cabeça e confirmando a estabilidade do tronco. Se necessário, a cabeça pode ser removida utilizando o instrumento de desmontagem da cabeça.\*

Volte a colocar a cabeça femoral na cúpula acetabular e volte a verificar a biomecânica da anca. A incisão é então encerrada de acordo com a preferência do cirurgião.

\* Se uma cabeça de cerâmica for colocada no tronco e removida a seguir, tem de ser substituída por uma cabeça V40 de cobalto-crômio ou por uma manga adaptadora V40 de titânio (17-0000E) e uma cabeça de cerâmica C-Taper.

Se a haste tiver de ser removida, utilize o introdutor da haste roscado modular.

### PASSO OPCIONAL

Quando selecionar uma cabeça femoral de cerâmica cônica universal BIOLOX delta (6519-1-0xx) para implantação, é necessário utilizar uma manga adaptadora universal.

N.º de catálogo	Offset (mm)	Cone
6519-T-025	-2,5	V40
6519-T-100	+0	V40
6519-T-204	+4	V40

Depois de completar o processo de prova, monte intraoperatoriamente a manga adaptadora na haste femoral, manualmente. A manga adaptadora universal deve estar totalmente assente na haste cônica antes da montagem da cabeça.



### Nota

**Em nenhuma circunstância se deve fazer qualquer tentativa para pré-montar a manga adaptadora no interior da cabeça de cerâmica universal BIOLOX delta.**

**Monte intraoperatoriamente a cabeça de cerâmica cônica universal BIOLOX delta na haste femoral com manga e ajuste com duas pancadas moderadas utilizando o impactador da cabeça (6626-0-140). Deve ter-se precaução para evitar forças de impactação excessivas quando se monta a cabeça de cerâmica no componente femoral com manga.**



### Instrumento

**Prova de cabeça V40 6264-x-xxxR**



**Impactador da cabeça modular 1601-1700**



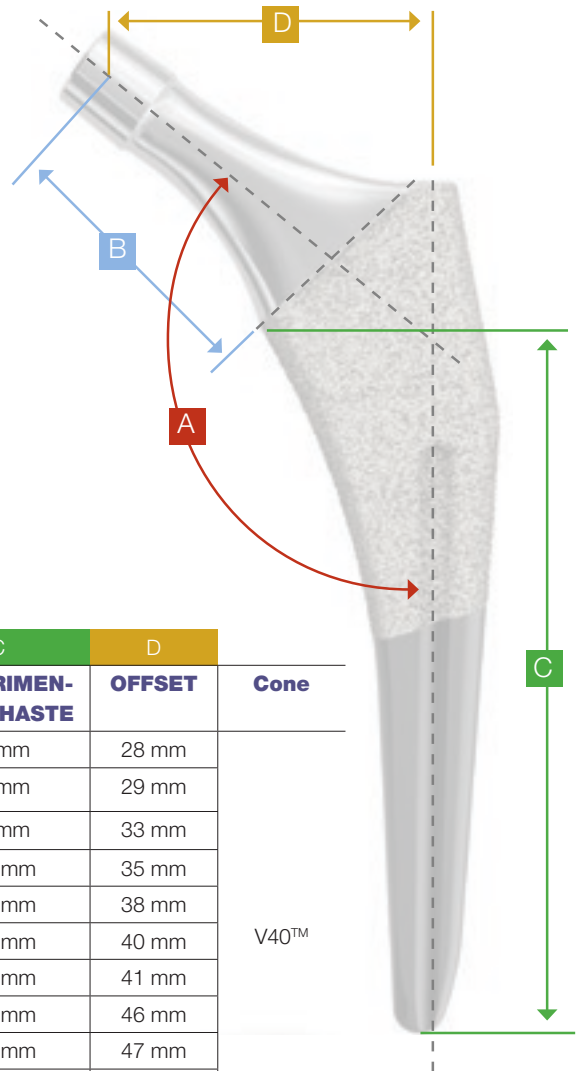
**Pega modular ortonômica 1020-2900**





# ACCOLADE II

## INFORMAÇÕES SOBRE O IMPLANTE



REFERÊNCIA	TAM- NHO	A	B	C	D	Cone
		ÂNGULO DO COLO	COMPRIMEN- TO DO COLO	COMPRIMEN- TO DA HASTE	OFFSET	
6720-0027	0	132°	27 mm	93 mm	28 mm	V40™
6720-0127	1		27 mm	96 mm	29 mm	
6720-0230	2		30 mm	99 mm	33 mm	
6720-0330	3		30 mm	102 mm	35 mm	
6720-0435	4		35 mm	105 mm	38 mm	
6720-0535	5		35 mm	108 mm	40 mm	
6720-0635	6		35 mm	111 mm	41 mm	
6720-0737	7		37 mm	114 mm	46 mm	
6720-0837	8		37 mm	117 mm	47 mm	
6720-0937	9		37 mm	120 mm	49 mm	
6720-1040	10		40 mm	123 mm	51 mm	
6720-1140	11		40 mm	126 mm	53 mm	

6721-0027	0	127°	27mm	93mm	32mm	V40™
6721-0127	1		27mm	96mm	34mm	
6721-0230	2		30mm	99mm	37mm	
6721-0330	3		30mm	102mm	38mm	
6721-0435	4		35 mm	105mm	42 mm	
6721-0535	5		35 mm	108 mm	44mm	
6721-0635	6		35 mm	111 mm	45 mm	
6721-0737	7		37 mm	114 mm	50 mm	
6721-0837	8		37 mm	117 mm	51 mm	
6721-0937	9		37 mm	120 mm	53 mm	
6721-1040	10		40 mm	123 mm	57 mm	
6721-1140	11		40 mm	126 mm	58 mm	

# ACCOLADE II

## INSTRUMENTOS

1020-9001 **Tabuleiro básico**  
 1020-9000 Caixa de tabuleiro único

1101-2200  
 Pega em T ortonómica

1020-2727  
 127°, Prova de colo de  
 27 mm

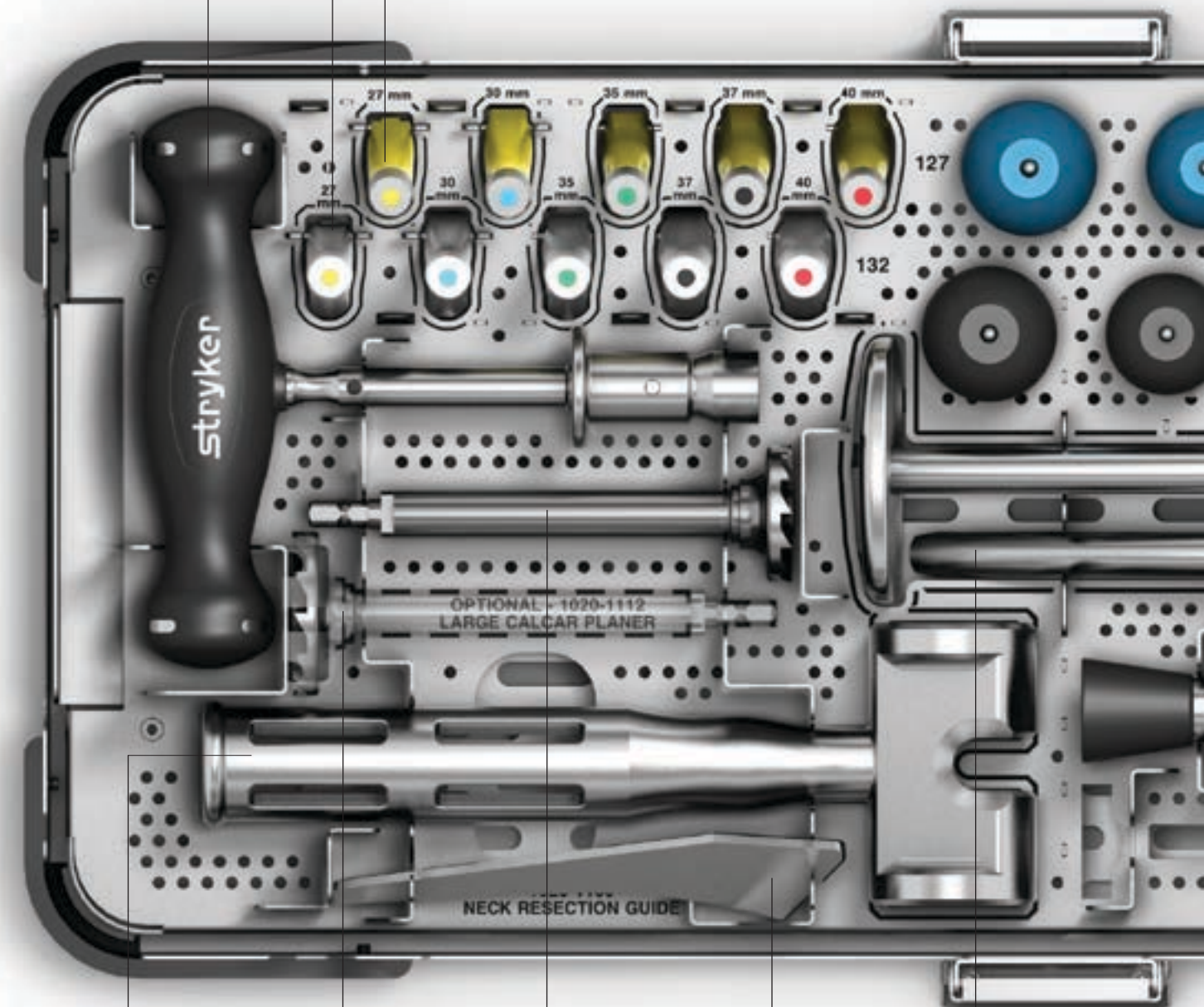
1020-2730  
 127°, Prova de colo de  
 30 mm

1020-2735  
 127°, Prova de colo de  
 35 mm

1020-3227  
 132°, Prova de colo de  
 27 mm

1020-3230  
 132°, Prova de colo de  
 30 mm

1020-3235  
 132°, Prova de colo de  
 35 mm



1120-1000  
 Martelo

*Opcional*  
 1020-1112  
 Instrumento de remoção  
 de protuberâncias ósseas  
 — grande

1020-1111  
 Instrumento de remoção de  
 protuberâncias ósseas  
 — padrão

1020-1100  
 Guia de ressecção  
 do colo

1020-1460  
 2 x Punho da raspa com desvio

*Opcional*  
 1440-1460  
 2 x Punho da raspa direito

1020-2737  
127°, Prova de colo de  
37 mm

1020-3237  
132°, Prova de colo de  
37 mm

1020-2740  
127°, Prova de colo de  
40 mm

1020-3240  
132°, Prova de colo de  
40 mm

6264-8-028R  
Prova de cabeça V40 de 28 mm -4 mm  
6264-8-928R  
Prova de cabeça V40 de 28 mm -2,7 mm

6264-8-128R  
Prova de cabeça V40 de 28 mm +0 mm

6264-8-228R  
Prova de cabeça V40 de 28 mm +4 mm

6264-8-328R  
Prova de cabeça V40 de 28 mm +8 mm

6264-8-428R  
Prova de cabeça V40 de 28 mm +12 mm

6264-8-032R  
Prova de cabeça V40 de 32 mm -4 mm

6264-8-632R  
Prova de cabeça V40 de 32 mm -2,5 mm

6264-8-132R  
Prova de cabeça V40 de 32 mm +0 mm

6264-8-232R  
Prova de cabeça V40 de 32 mm +4 mm

6264-8-332R  
Prova de cabeça V40 de 32 mm +8 mm

6264-8-432R  
Prova de cabeça V40 de 32 mm +12 mm

6264-8-036R  
Prova de cabeça V40 de 36 mm -5 mm

6264-8-436R  
Prova de cabeça V40 de 36 mm -2,5 mm

6264-8-136R  
Prova de cabeça V40 de 36 mm +0 mm

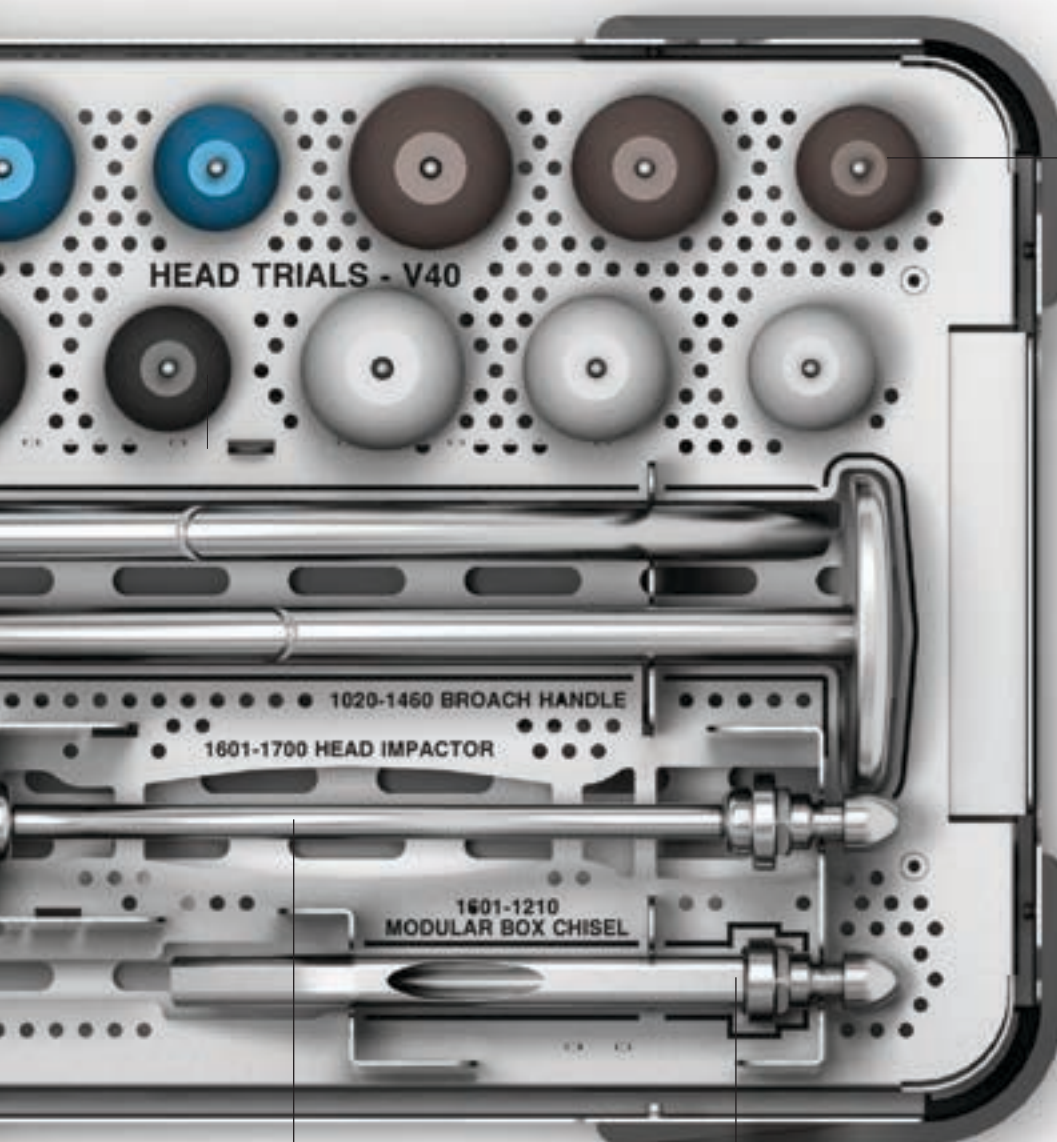
6264-8-536R  
Prova de cabeça V40 de 36 mm +2,5 mm

6264-3-236R  
Prova de cabeça V40 de 36 mm +4 mm

6264-8-236R  
Prova de cabeça V40 de 36 mm +5 mm

6264-8-736R  
Prova de cabeça V40 de 36 mm +7,5 mm

6264-8-336R  
Prova de cabeça V40 de 36 mm +10 mm



1601-1700  
Impactador da cabeça modular

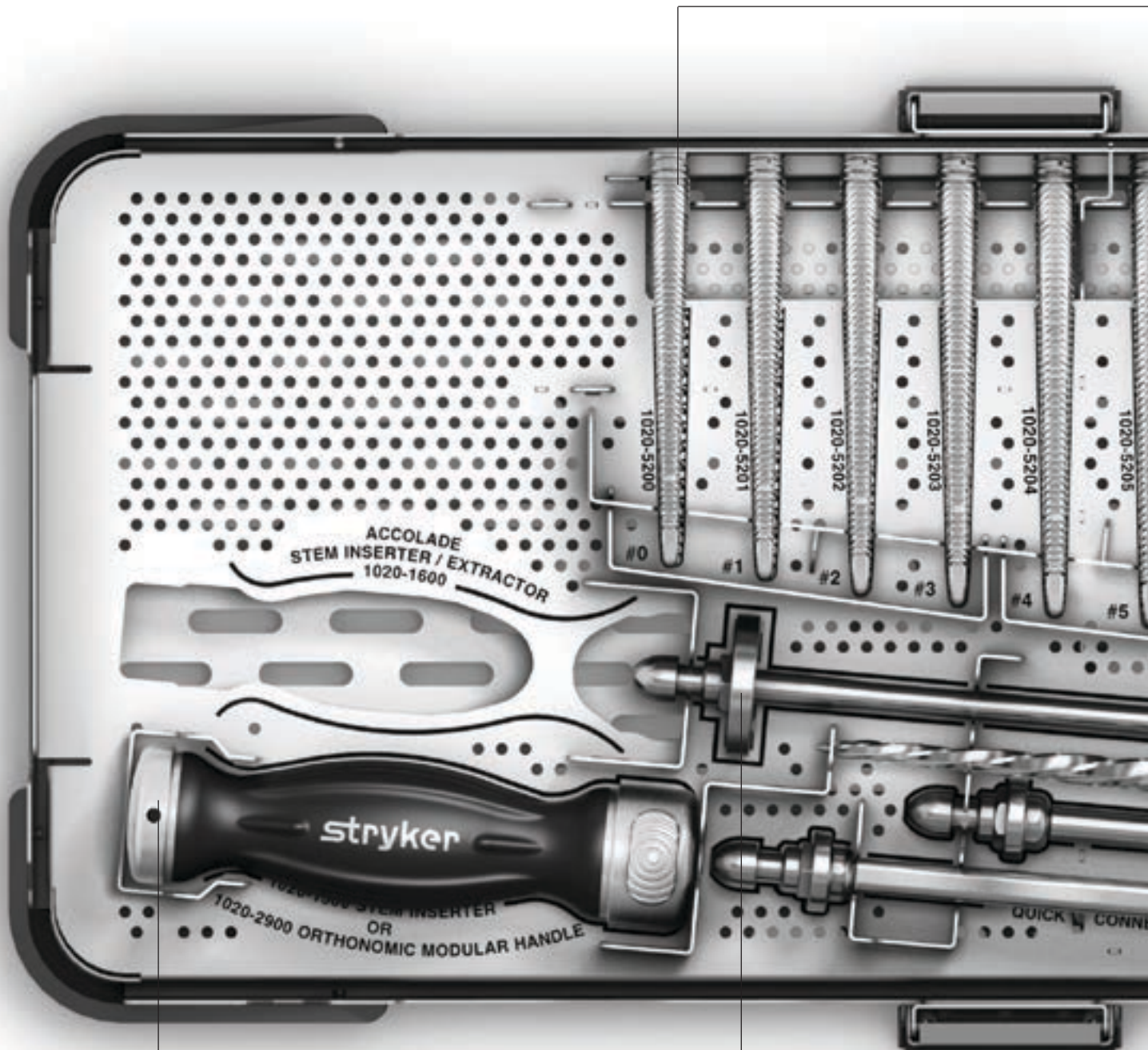
1601-1210  
Osteótomo de caixa modular



# ACCOLADE II

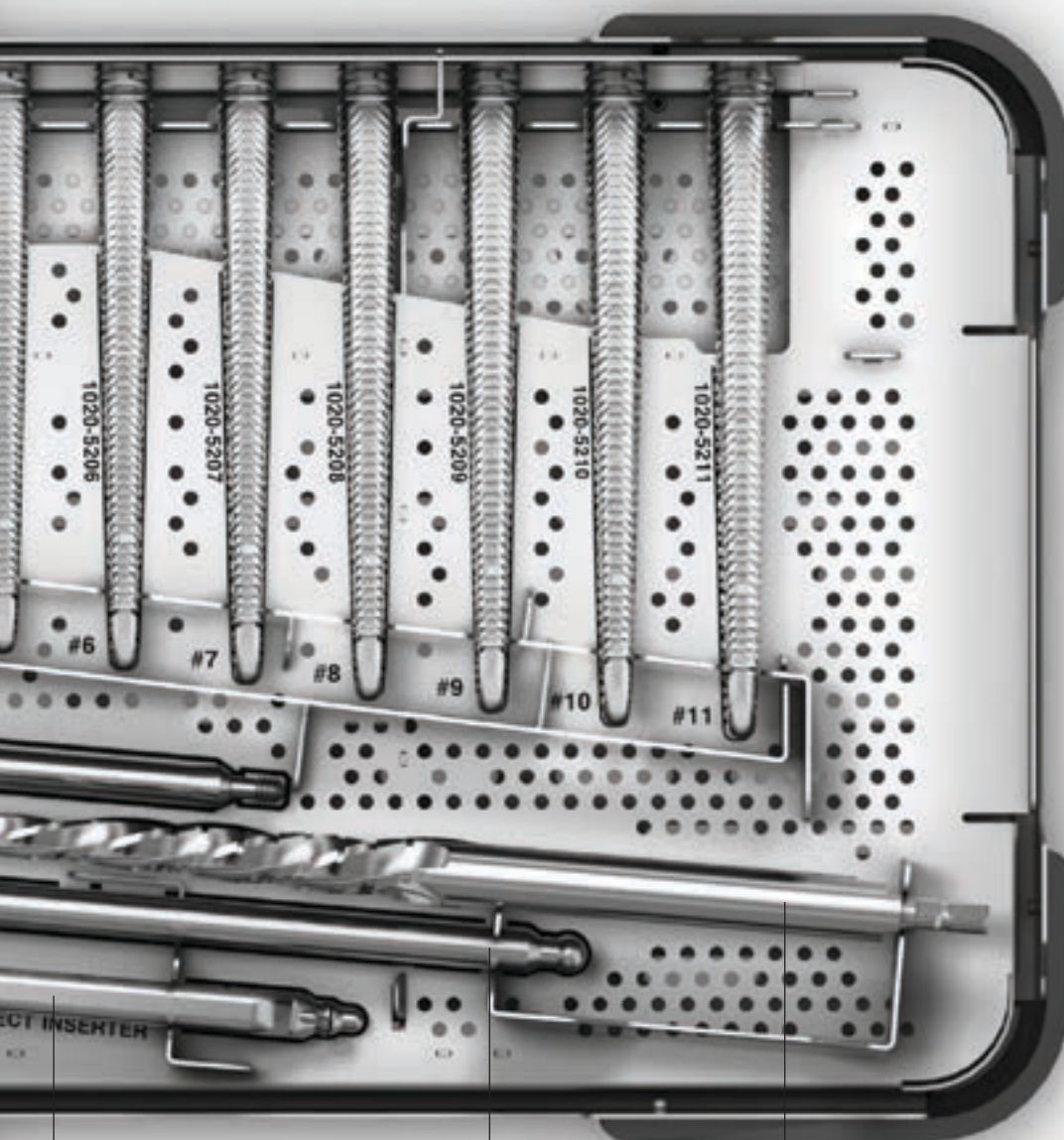
## INSTRUMENTOS

1020-9002 **Tabuleiro de raspas ACCOLADE II**  
1020-9000 Caixa de tabuleiro único



1020-2900  
Pega modular ortonômica

1020-1800  
Introdutor da haste roscado modular



1020-1860  
Introdutor da haste de offset modular  
de ligação rápida

1020-1870  
Impactador da haste modular

1020-1200  
Fresa inicial axial

1020-5200  
Raspa ACCOLADE II tamanho 0

1020-5201  
Raspa ACCOLADE II tamanho 1

1020-5202  
Raspa ACCOLADE II tamanho 2

1020-5203  
Raspa ACCOLADE II tamanho 3

1020-5204  
Raspa ACCOLADE II tamanho 4

1020-5205  
Raspa ACCOLADE II tamanho 5

1020-5206  
Raspa ACCOLADE II tamanho 6

1020-5207  
Raspa ACCOLADE II tamanho 7

1020-5208  
Raspa ACCOLADE II tamanho 8

1020-5209  
Raspa ACCOLADE II tamanho 9

1020-5210  
Raspa ACCOLADE II tamanho 10

1020-5211  
Raspa ACCOLADE II tamanho 11

#### Configuração de tabuleiro de instrumentos alternativos

1020-9102 **Tabuleiro geral**  
1020-9000 Caixa de tabuleiro único

1020-9101 **Tabuleiro Accolade II**  
1020-9000 Caixa de tabuleiro único

Consulte as disposições dos  
tabuleiros no documento ACCII-B-1

O cirurgião deve confiar sempre no seu próprio critério clínico profissional quando decide utilizar um produto específico no tratamento de um doente específico. A Stryker não presta aconselhamento médico e recomenda que os cirurgiões tenham formação na utilização de qualquer produto específico antes da utilização do mesmo numa cirurgia.

As informações apresentadas destinam-se a demonstrar a diversidade da oferta de produtos da Stryker. O cirurgião deve consultar sempre o folheto informativo, o rótulo do produto e/ou as instruções de utilização antes de utilizar qualquer produto da Stryker. Os produtos poderão não estar disponíveis em todos os mercados, uma vez que a disponibilidade dos mesmos está sujeita a práticas regulamentares e/ou clínicas em mercados individuais. Caso tenha dúvidas sobre a disponibilidade de produtos da Stryker na sua área, contacte o seu representante Stryker. A Stryker Corporation ou as respetivas divisões ou outras entidades afiliadas da empresa possuem, utilizam ou solicitaram o registo das seguintes marcas comerciais ou marcas de serviço: Accolade, Howmedica, Osteonics, PureFix, Stryker, V40. Todas as outras marcas comerciais são marcas comerciais dos respetivos proprietários ou titulares.

BILOX delta é uma marca comercial registada da Ceramtec Ag.

LSP76-PT Rev. 3  
DFS 01/2017

Copyright © 2017 Stryker



# Accolade® II

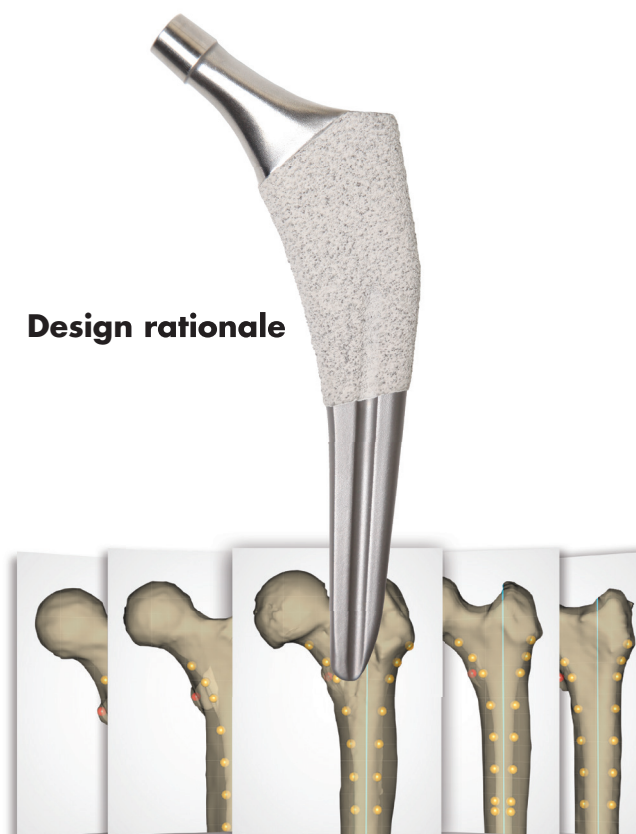
**Desenhado para  
encaixar em uma maior  
quantidade de pacientes**



## Referências:

1. Casper D, Kim G, Restrepo C, Parvizi J, Rothman R. Primary Total Hip Arthroplasty With an Uncemented Femoral Component. The Journal of Arthroplasty. Vol 26, Issue 6, 2011; 838-841
2. McLaughlin JR, Lee KR. Total hip arthroplasty with an uncemented femoral component. J Bone Joint Surg 2008; 90:1290
3. Paul van der Voort, Bart G Pijls, Marc J Nieuwenhuijse, Jorrit Jasper, Marta Fiocco, Josepha W M Plevier, Saskia Middeldorp, Edward R Valstar & Rob G H H Nelissen (2015) Early subsidence of shape-closed hip arthroplasty stems is associated with late revision. Acta Orthopaedica, 86:5, 575-585, DOI: 10.3109/17453674.2015.1043832
4. Cooper J, et al. Distal Fixation of Proximally Coated Tapered Stems May Predispose to a Failure of Osteointegration. Journal of Arthroplasty. 2011. 10.1016/j.arth.2011.04.003
5. Abdel MP, et al. Epidemiology of periprosthetic fracture of the femur in 32 644 primary total hip arthroplasties. Bone Joint J 2016;98-B:461-7.
6. Kurtz SM, Lau E, Ong K, et al. 2009. Future young patient demand for primary and revision joint replacement. Clin Orthop Relat Res 467:2606-2612.
7. Issa, K. et al. Radiographic Fit and Fill Analysis of a New Second-Generation Proximally Coated Cementless Stem Compared to its Predicate Design. Journal of Arthroplasty (2013). <http://dx.doi.org/10.1016/j.arth.2013.04.029>
8. Stryker Internal presentation 'Global Bone Morphology Study - Proximal Femur'. November 10, 2016.
9. Narzikul, BS. et al. Alteration in Geometry of Femoral Stem Results in Better Fit and Fill: Comparison of Accolade I vs. Accolade II. Presentation at 47th Annual EOA Meeting -New Orleans, LA, October 19-22, 2016.
10. Wuestemann T, Bastian A, Parvizi J, Nessler J, Kolisek F. A novel tapered hip stem design optimized for femoral fit in a wide array of bone types. 2011 EFFORT
11. Boucher, F. et al. Preclinical Finite Element Analysis of a Novel Tapered Wedge Stem Optimized for Stability at a Reduced Length. 2011 EFORT Poster Presentation.
12. Internal Sales Data (2018)
13. Pierce T. et al. Second-Generation Versus First-Generation Cementless Tapered Wedge Femoral Stems. Orthopedics. 2015 38(9): 550-554.
14. Bono, J. et al. Total Hip Intraoperative Femur Fracture: Does a Tapered Wedge Design with a Size Specific Medial Curvature Reduce the Incidence of Intraoperative Femur Fracture? Presentation at 47th Annual EOA Meeting -New Orleans, LA, October 19-22, 2016.
15. Collopy, D. et al. A Prospective Roentgen Stereophotogrammetric Analysis (RSA) Study of the Stryker Accolade II Cementless Hipo Stem to 2 Years Post-Surgery. Abstracts from 2016 Annual AOA Meeting-Cairns, QLD, October 9-13, 2016.

# Accolade® II



**Design rationale**

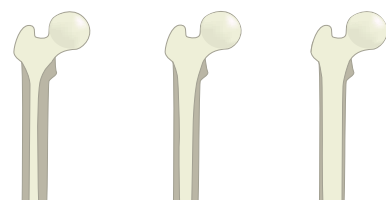
## Demandas Clínicas

As hastes convencionais tipo tapered têm alcançado popularidade devido à sua simplicidade e excelentes resultados clínicos.<sup>1,2</sup> Apesar desses resultados, a literatura indica que ainda há demandas clínicas não atendidas.<sup>3,4,5</sup>

### Subsidência Apenas fixação distal Fratura

Essas demandas clínicas indicaram para o desenvolvimento de um novo implante com melhor encaixe em uma maior população de pacientes.<sup>5</sup>

Com o aumento do número de pacientes jovens e ativos recebendo uma PTQ,<sup>1,2</sup> há uma maior demanda de tratar os fêmures Dorr tipo A, especialmente na população masculina jovem.<sup>6</sup>



Tipo A

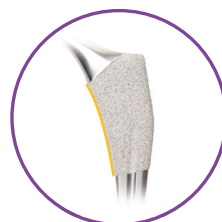
Tipo B

Tipo C

## Características e Benefícios

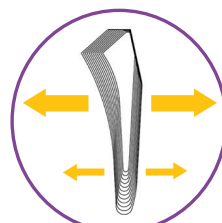
A Stryker utilizou a tecnologia **SOMA** para desenhar a Accolade II com um novo conceito de haste tipo tapered incorporando características únicas para melhorar o **encaixe** do implante de acordo com a demanda da população atual.<sup>7</sup>

### 3 pontos chaves SOMA



#### Curvatura medial específica ao tamanho

Aumentar a conformidade proximal para melhorar a **estabilidade** primária.<sup>8,9</sup>



#### Proporções proximal-distal otimizadas

Apresentado para imitar a anatomia do canal para **evitar a fixação apenas distal** e alcançar um melhor encaixe cortical.<sup>5,10</sup>



#### Comprimento de haste otimizado

Permite todos os tipos de **acessos** sem sacrificar a estabilidade.<sup>9,11</sup>

## Comprovação Clínica

**Mais de  
700.000**

Hastes implantadas no mundo<sup>12</sup>

**5x menos  
Fraturas intra-operatórias**

Observados em comparação a haste tipo tapered convencional.<sup>14</sup>

**Sobrevida  
99.2%**

Para a Accolade II, de acordo com o estudo de 3,5 anos.<sup>13</sup>

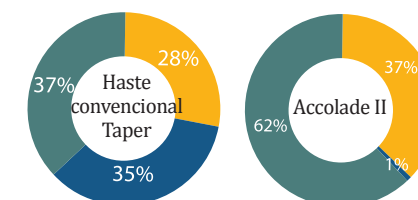
**Menos de 0,1mm  
Subsidência**

De acordo com o estudo de 2 anos.<sup>15</sup>

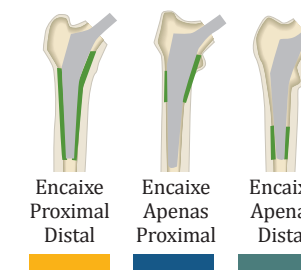
*"Considerável melhor encaixe anatômico comparado com a haste tipo tapered convencionais."*<sup>7</sup>

### Redução de 27% de fixação tipo 3 - apenas distal<sup>10</sup>

Em pacientes homens jovens (40-60 anos) comparados com haste tipo tapered convencional.



Encaixe baseado em amostragem de 556 tomografias computadorizadas.<sup>15</sup>



Encaixe Proximal Distal

Encaixe Apenas Proximal

Encaixe Apenas Distal