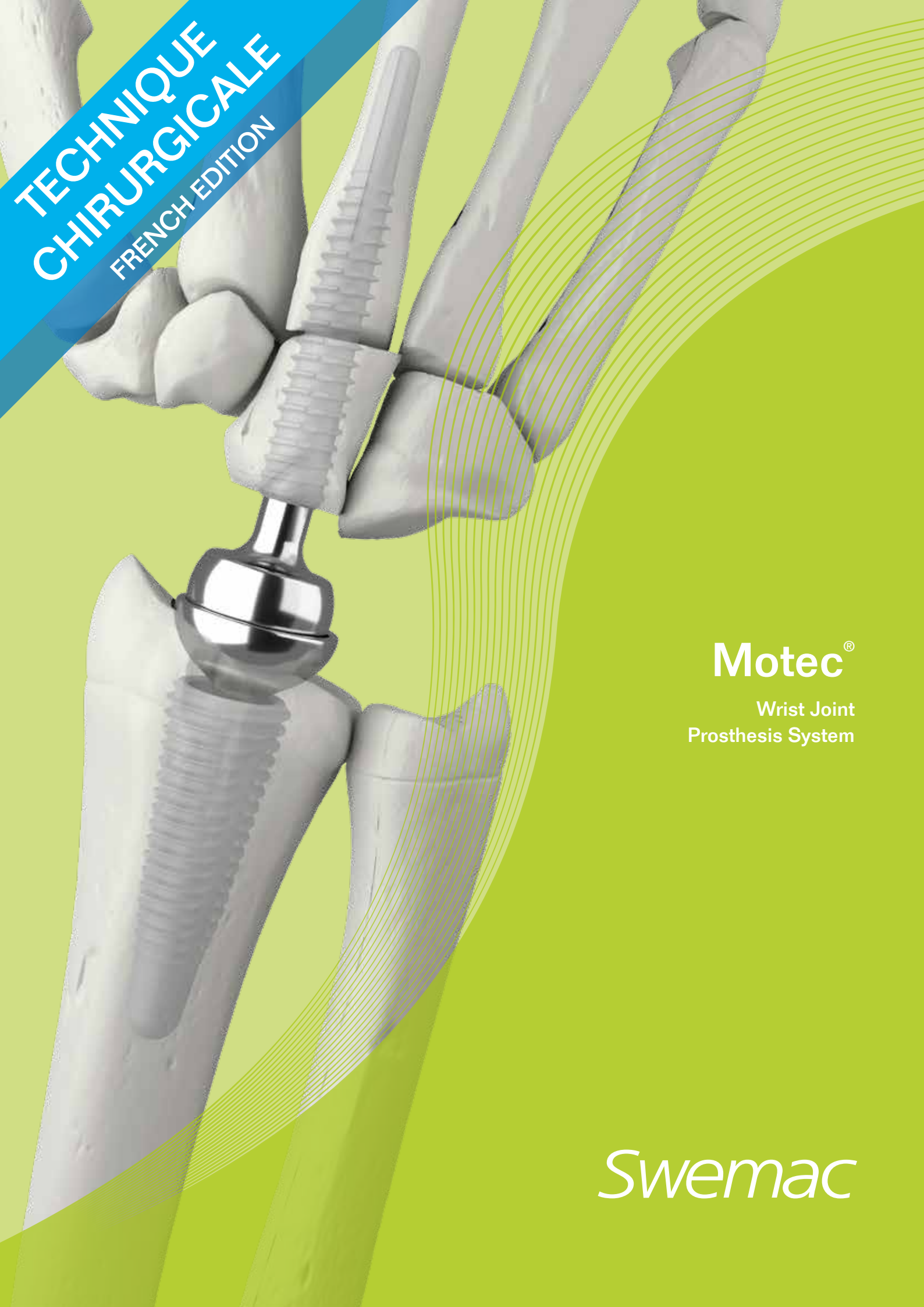


**TECHNIQUE  
CHIRURGICALE**  
FRENCH EDITION



**Motec<sup>®</sup>**  
Wrist Joint  
Prosthesis System

*Swemac*

# Planification préopératoire

Pour la majeure partie du processus de planification préopératoire, il est recommandé que le chirurgien ait connaissance de l'anatomie carpienne avec une attention particulière au système neuromusculaire.

## Indications

La Motec Wrist Prothèse est indiquée dans le remplacement de l'articulation du poignet en cas de douleurs, de perte d'alignement ou d'instabilité dans la polyarthrite rhumatoïde, d'arthrose post-traumatique, d'arthropathie chronique dégénérative, de maladie de Kienböck ou de collapsus carpien. Elle est également indiquée pour la reprise chirurgicale d'une arthrodèse des 4 os internes du carpe, d'une résection de la première rangée du carpe ou d'une arthrodèse de poignet. Le patient doit être âgé d'au moins 15 ans.

## Contre-indications

La formation, l'expérience et l'avis professionnel du médecin guideront le choix de la solution et du traitement les plus appropriés. Un risque accru d'échec sera notamment présent dans les cas suivants:

- Toute infection active ou suspectée, état septique ou toute inflammation locale marquée au niveau ou autour du site concerné.
- Une ostéoporose sévère, une quantité ou une qualité insuffisante de l'os ou des tissus mous.
- Une sensibilité aux matériaux, documentée ou suspectée.
- Interférence physique avec une autre prothèse durant l'implantation ou l'utilisation.
- Une vascularisation, une peau ou un statut neurovasculaire inadéquat.
- Un capital osseux inapproprié qui ne peut offrir un support et/ou une fixation adaptés du matériel en raison d'une pathologie, d'une infection ou d'une implantation antérieure.
- Tout patient refusant ou incapable de se conformer aux instructions de soins post-opératoires.
- Toute atteinte médico-chirurgicale pouvant compromettre les avantages potentiels de la chirurgie.
- Antécédent de fracture ouverte ou d'arthrite septique.
- Tendon ou appareil ligamenteux irréparable.

# Technique chirurgicale

## 1. Positionner le patient



Le patient est positionné en décubitus dorsal sur la table d'opération avec le bras en abduction à 90 degrés sur un repose-bras. L'arceau est placé à l'extrémité de la table d'opération.

Il est recommandé de réaliser un bloc axillaire ou une anesthésie générale. Des antibiotiques préopératoires sont recommandés.



Un garrot est mis en place et gonflé. Le bras du patient est préparé et un champ opératoire est installé autour de celui-ci conformément à la pratique standard.

**Attention !** Les photos suivantes ont été prises sur cadavre.

## 2. Réaliser une incision



Une incision dorsale de 60 mm est réalisée et le retinaculum de l'extenseur est exposé.



Le retinaculum de l'extenseur est divisé au niveau du tubercule de Lister.



Les deux extenseurs du poignet radiaux et le long extenseur du pouce sont maintenus en direction du radius et les extenseurs des doigts en direction de l'ulna. La capsule est libérée en direction dorsale.



La capsule est ouverte.

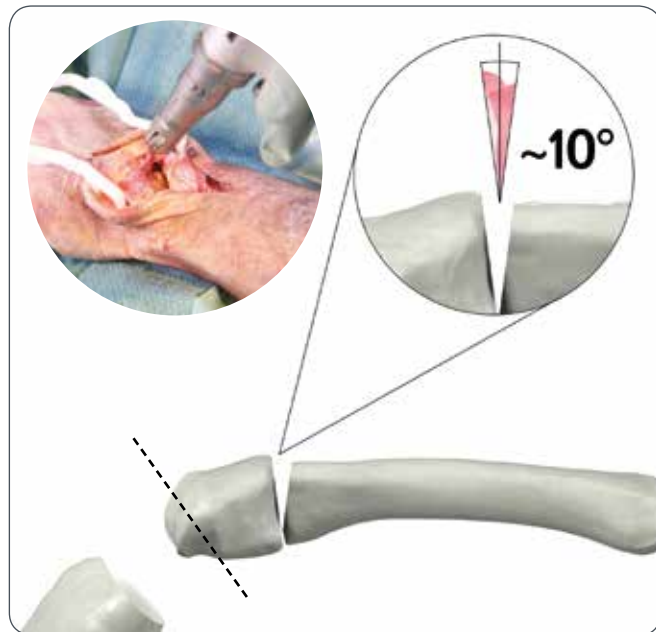
Il existe une autre approche chirurgicale dénommée « procédure en lambeau proximal », décrite par le Dr Greg Packer. Une description détaillée de cette approche est disponible séparément sur demande adressée à Swemac (P125-28-2-20130118).

### 3. Résection osseuse

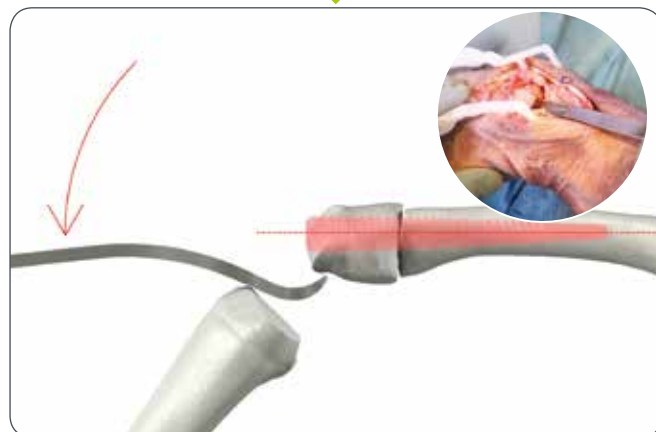


Une résection de la première rangée du carpe est réalisée en retirant le triquetrum, le lunatum et le scaphoïde. Conserver les os réséqués sur un tissu stérile afin de permettre le prélèvement de fragments osseux si nécessaire.

### 4. Préparation du capitatum et du troisième métacarpien



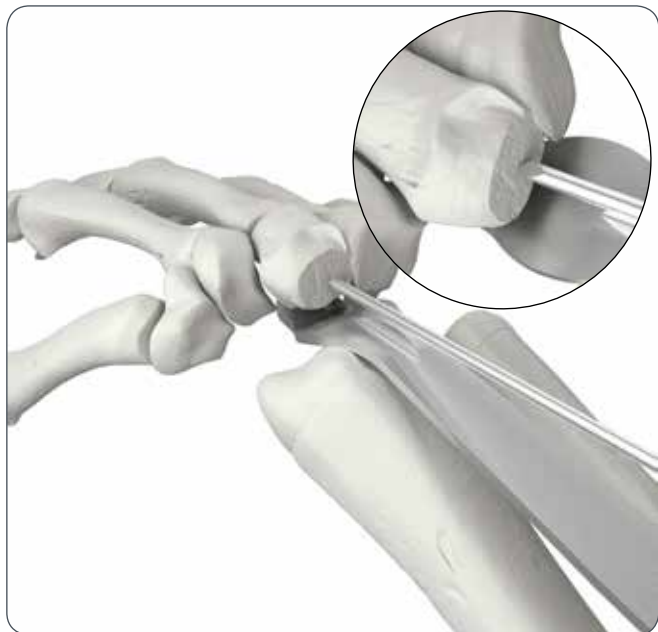
Pour faciliter la fusion des deux os, toute sclérose et tout cartilage sous-chondraux doivent être retirés à l'aide d'une scie oscillante ou d'une pince gouge. L'articulation CMC3 normale présente un angle palmaire d'environ 10 degrés. Afin de permettre au capitatum d'être aligné avec le troisième métacarpien, il est nécessaire de réaliser une résection osseuse cunéiforme de 10 degrés. Veiller à ne pas endommager les ligaments palmaires. Utilisez une scie oscillante pour faire une coupe verticale et retirez 1-2 mm du le capitatum pôle. Cela augmentera l'espace dans l'articulation et facilitera la mise en place correcte la broche-guide (voir l'étape 5 chirurgicale)



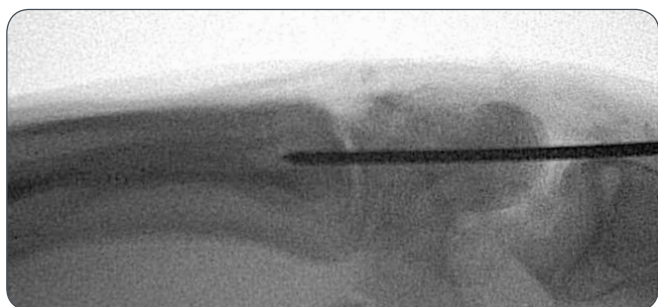
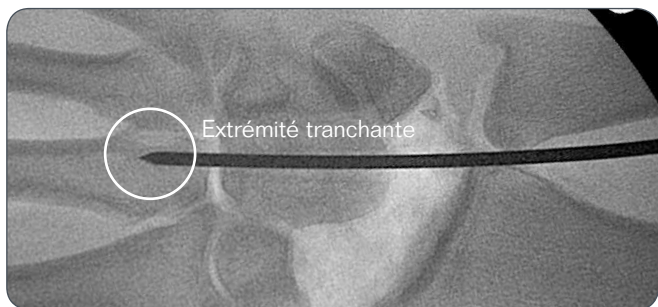
Un angle palmaire est imposé au poignet et un écarteur de Hohmann est placé sous le capitatum afin de le surélever. Cette étape permet de réduire l'espace entre le capitatum et le troisième métacarpien. Le capitatum doit être totalement aligné avec le troisième métacarpien une fois la procédure ci-dessus terminée.

**Remarque :** lors de l'utilisation de la scie oscillante, il est important que la lame de la scie reste froide. Pour ce faire, appliquer de l'eau stérile sur celle-ci.

## 5. Insertion de la broche-guide

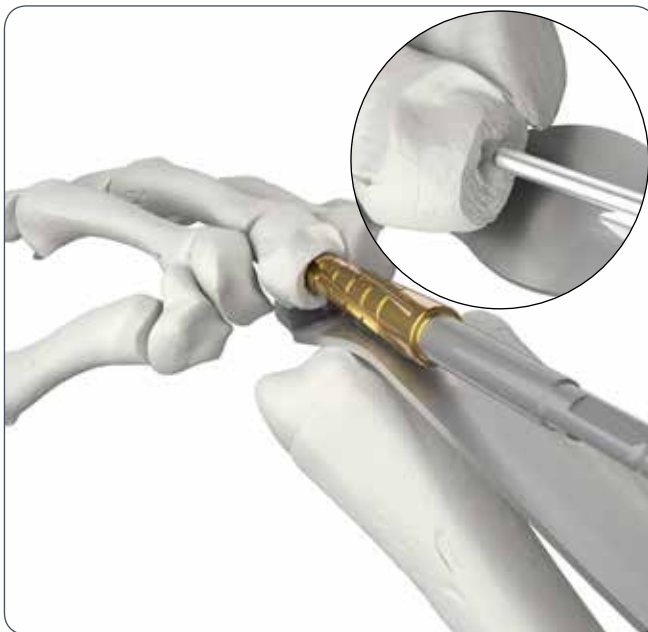


Une broche-guide à extrémité tranchante est utilisée pour créer un canal central à travers le capitatum et environ 10 à 20 mm dans le canal intramédullaire de l'os du troisième métacarpien. Lors de l'insertion de la broche-guide, vérifier qu'elle pénètre bien le pôle du capitatum au centre ou même mieux; en direction légèrement palmaire. Si l'orientation est légèrement trop dorsale, il y a risque de fissurer le capitatum lors du forage. Si le canal traversant le capitatum doit être ajusté ; il est préférable d'utiliser un perforateur.



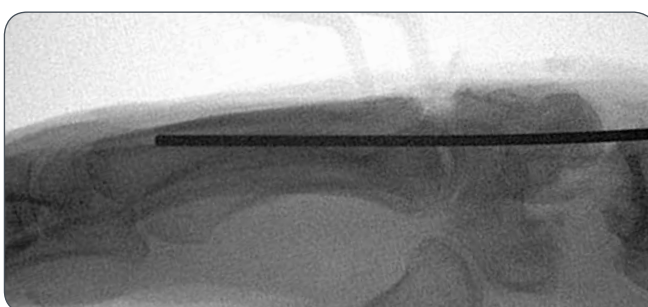
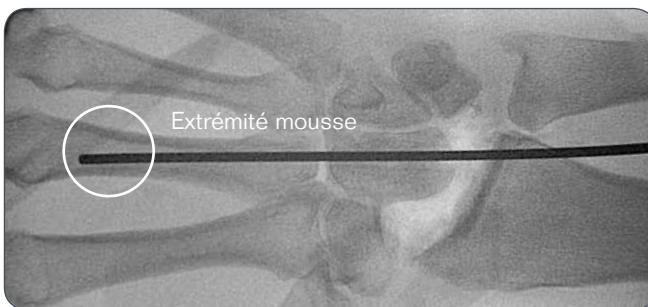
Afin d'orienter la broche-guide de manière adéquate, il est important de bénéficier d'une véritable vue A/P et latérale.

**Remarque :** le chirurgien peut utiliser son pouce pour exercer une pression sur l'articulation CMC-3. Cette action permet d'aligner le capitatum et le troisième métacarpien.



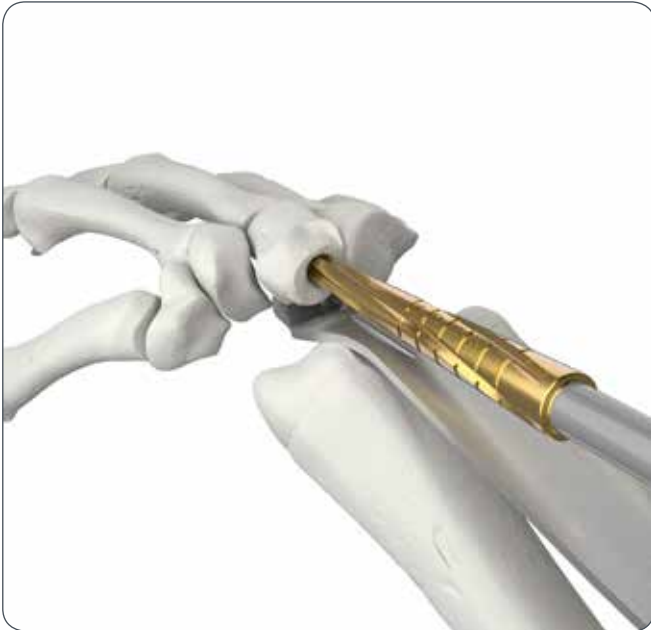
La broche-guide à extrémité tranchante est ensuite retirée et une broche-guide à pointe mousse est montée sur la poignée en forme de T ou insérée à l'aide d'un instrument électrique. Elle est introduite à travers le capitatum et dans le canal intramédullaire du troisième métacarpien. Il est nécessaire de faire avancer la broche-guide jusqu'à bien atteindre l'os sous-chondral distal.

L'utilisation d'une broche-guide à pointe mousse présente l'avantage de ne pas pénétrer dans la paroi corticale du troisième métacarpien.



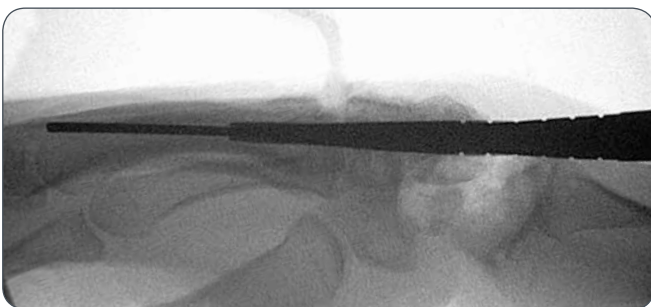
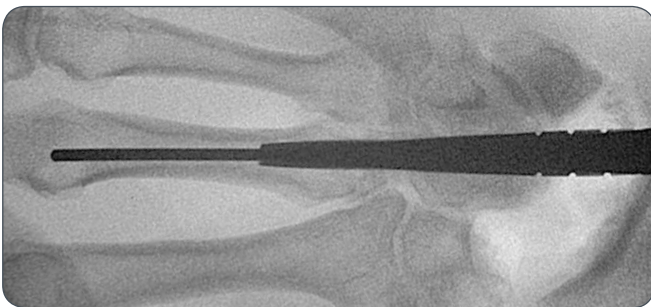
La broche-guide est introduite jusqu'au bout du canal intramédullaire.

## 6. Forage du capitatum et du troisième métacarpien



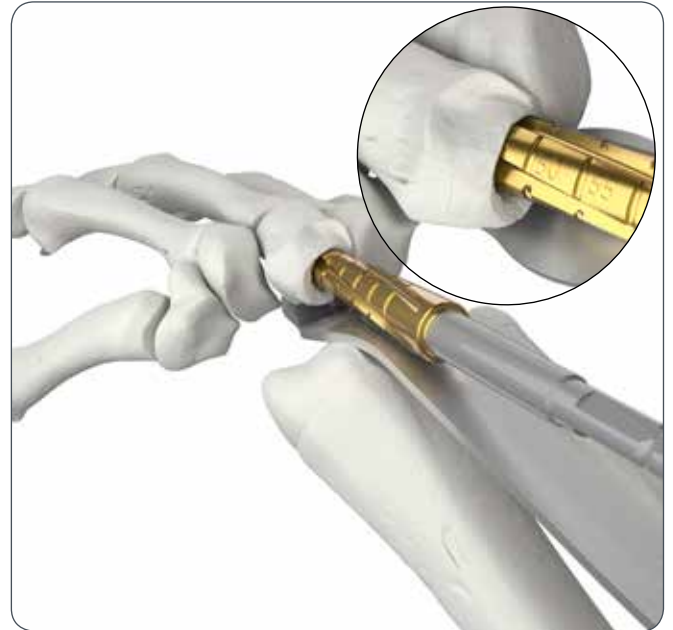
Commencer par fraiser avec le foret métacarpien à canule de petit diamètre. Le foret est introduit par-dessus la broche-guide et avancé à la vitesse de la fraise.

Appliquer de l'eau stérile sur le foret afin que celui-ci reste froid. Le forage du capitatum est facile, mais l'os dur du troisième métacarpien est difficile à ouvrir. Le foret doit être nettoyé plusieurs fois. Il est recommandé de forer au-delà de l'isthme.

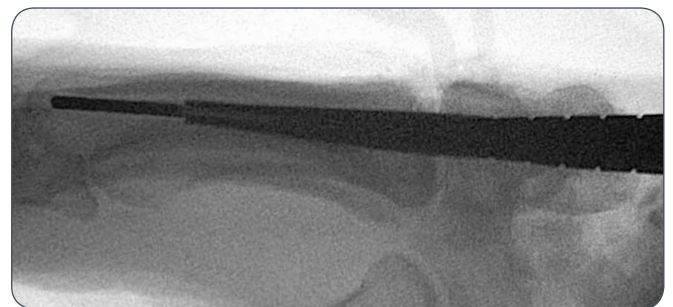
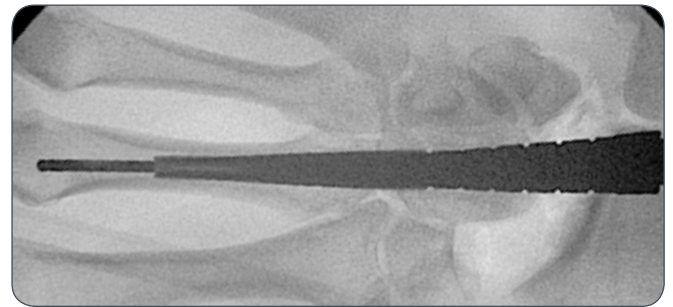


Afin d'orienter le foret de manière adéquate, il est important de bénéficier d'une véritable vue A/P et latérale.

## 7. Mesure de la profondeur de forage

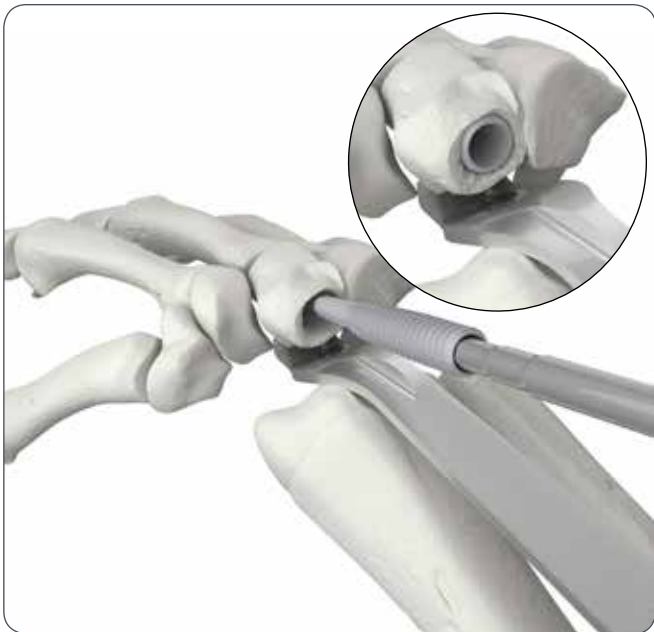


La profondeur de forage peut être mesurée directement grâce aux canules du foret métacarpien à canule. Assurez-vous que la fente qui indique la longueur de l'implant fileté métacarpien à choisir est à la même hauteur que l'os ou à l'intérieur de l'os capitatum. En l'absence d'une résistance corticale lors du forage du troisième métacarpien, il convient d'utiliser un foret de diamètre plus important. Pousser vers l'avant afin d'éliminer tout espace entre le capitatum et le troisième métacarpien lors de la mesure.



Il est important que le filetage de l'implant rentre dans les couches spongieuses et corticales du troisième métacarpien, afin de garantir une fixation stable. Veiller à toujours essayer de dépasser l'isthme. Le foret métacarpien à canule et la broche-guide sont ensuite retirés.

## 8. Introduction de l'implant fileté métacarpien

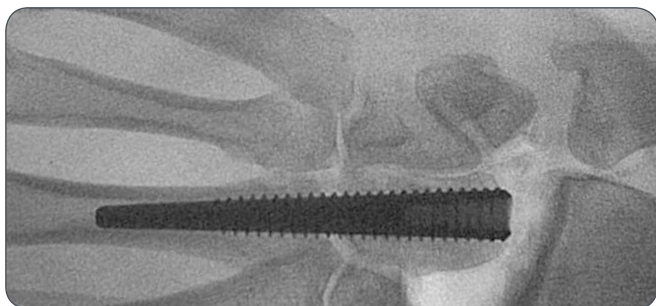


L'implant fileté métacarpien doit toujours être implanté à cette étape. Cela minimisera tout risque de lésion osseuse lors de la préparation du radius.

**Attention !** S'assurer que toute la sclérose sous-chondrale et tout le cartilage entre l'os capitatum et le troisième métacarpien sont retirés avant l'insertion de l'implant fileté métacarpien.

Lors de l'introduction de l'implant fileté métacarpien, il est important de pousser l'implant vers l'avant, afin de refermer l'espace entre le capitatum et le troisième métacarpien.

Éviter de toucher la surface de l'implant. Utiliser un linge stérile afin d'éviter tout contact avec la peau du patient et éviter de toucher l'implant avec les gants chirurgicaux. Utiliser le tournevis pour prélever l'implant de l'emballage stérile.

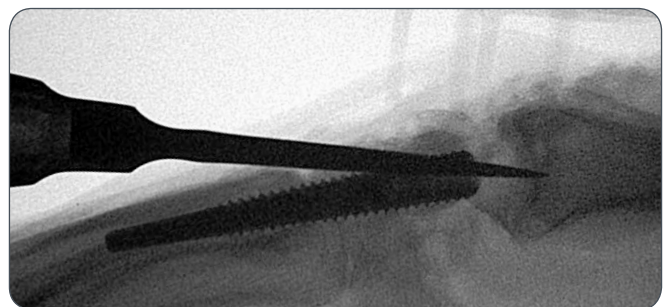
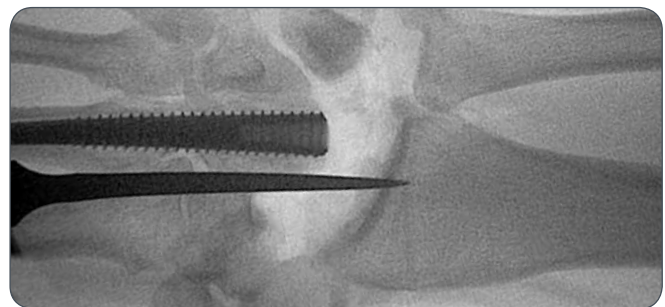


**Remarque :** fraiser l'implant fileté métacarpien afin d'obtenir un espace articulaire plus important et d'insérer un cône de longueur plus importante. L'implant doit être à la même hauteur que l'os ou à l'intérieur de l'os du capitatum.

## 9. Préparation du radius



L'alène est introduite sous radioscopie avec intensification jusqu'à la surface articulaire du radius. Elle doit être placée en position centrale dans la vue A/P et légèrement palmaire en vue latérale.



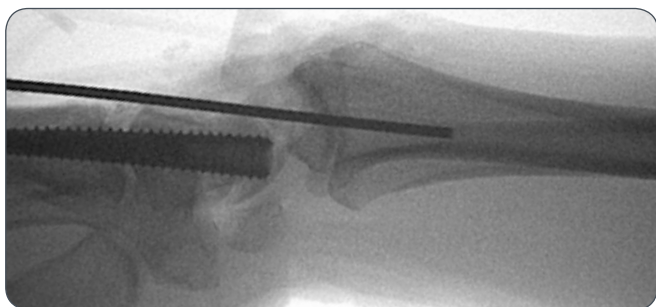
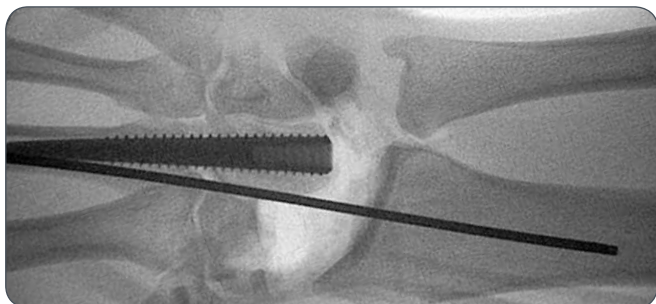
**Remarque :** si le radius est déformé ou que le canal osseux est trop étroit, il est possible d'utiliser le foret métacarpien avec l'implant fileté métacarpien correspondant.

## 10. Insertion de la broche-guide



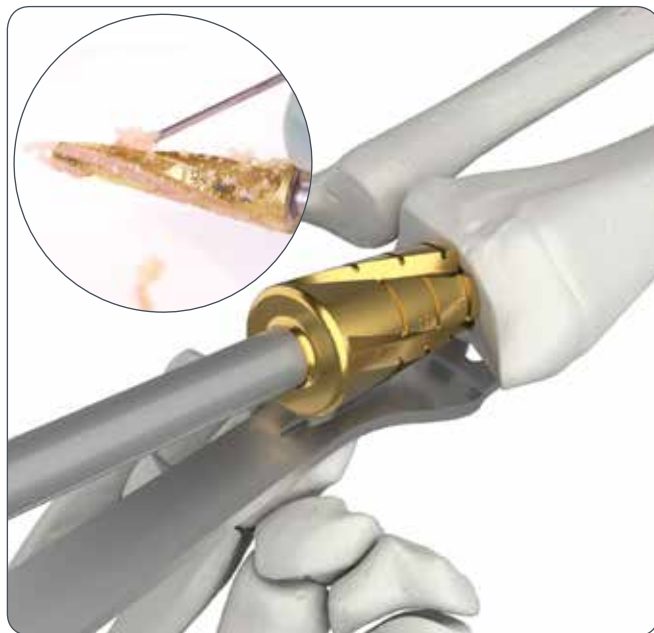
L'écarteur de Hohmann est placé sous le bord de l'arrête palmaire afin de surélever le radius. Cela facilite l'insertion de la broche-guide et protège le capitatum du foret électrique.

Cette broche-guide est introduite dans le trou créé par l'alêne dans la surface articulaire du radius.



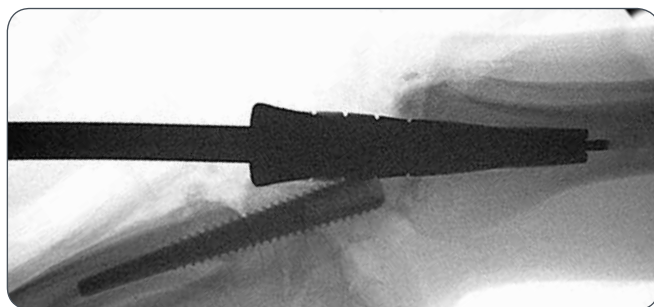
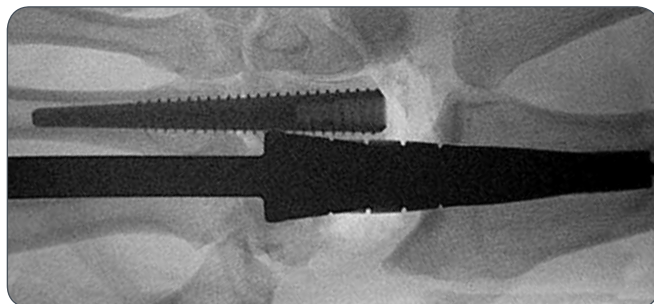
L'orientation de la broche-guide est vérifiée par radioscopie avec intensification en vue A/P et latérale.

## 11. Forage du radius



Le foret radial à canule est introduit par-dessus la broche-guide et le forage est réalisé à la vitesse de la fraise. Recueillir sur un linge stérile les fragments osseux collectés par les canules du foret.

Si le radius est déformé ou que le canal intramédullaire est très étroit, il est possible d'utiliser l'implant fileté métacarpien dans le radius. Dans ce cas, utiliser l'un des forets métacarpiens à canule.



Afin de garantir une orientation adéquate de la broche-guide, il est important de vérifier la position par radioscopie avec intensification lors du forage. Continuer le forage jusqu'à la présence d'une résistance corticale.



## 12. Fraisage du radius



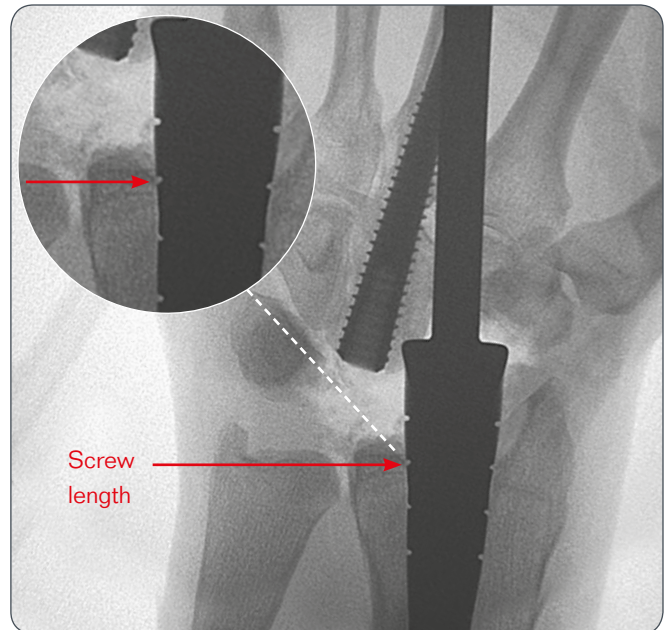
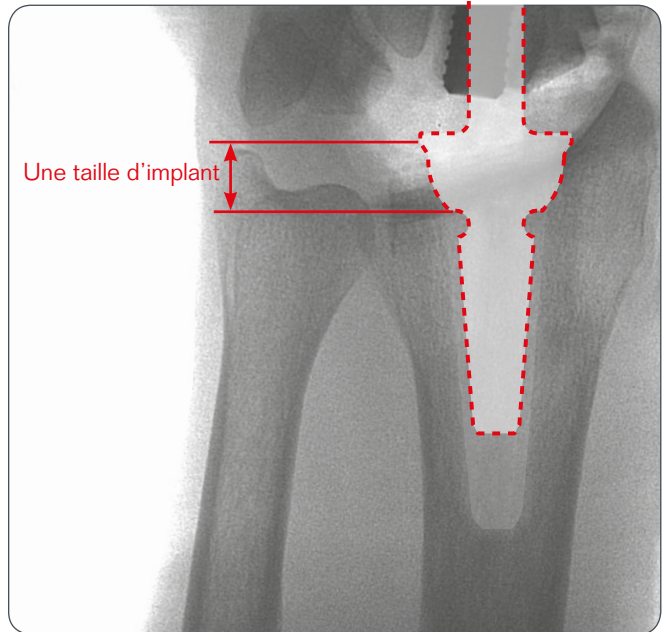
Est nécessaire de fraiser une cavité pour la cupule radiale dans le radius. Toujours démarrer avec le foret sphérique radial de 15 mm.



La taille de cupule radiale adéquate (15 mm ou 18 mm) est sélectionnée d'après la hauteur du radius distal. Le bord de la cupule (15 mm ou 18 mm) ne doit pas dépasser du radius dorsal. La poignée de l'instrument de vissage et le foret sphérique radial adéquat (15 ou 18 mm) sont utilisés pour fraiser une cavité destinée à la cupule. La fraise est dotée d'un arrêt mécanique empêchant un fraisage excessif.

**Attention !** La cupule radiale PEEK CFR est uniquement disponible en 15 mm.

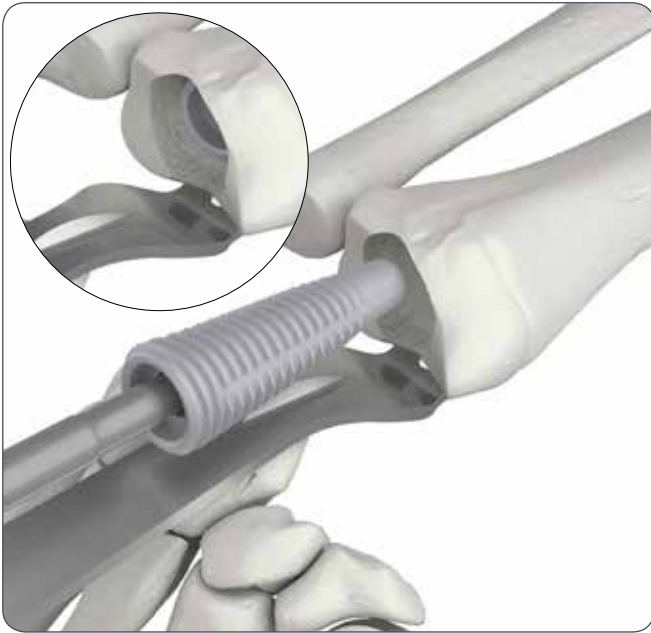
## 13. Détermination de la taille correcte de l'implant fileté métacarpien



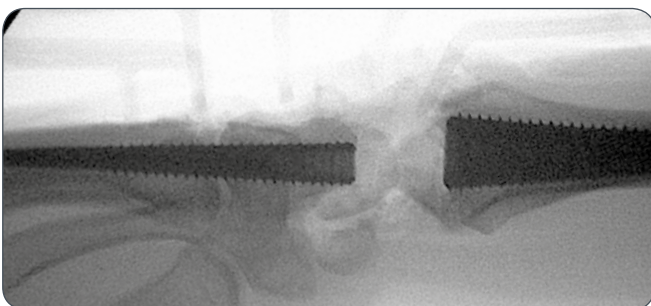
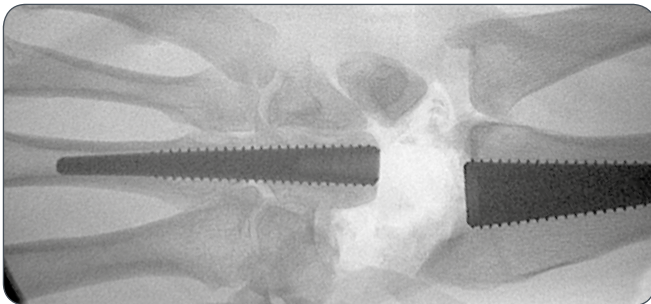
Insérez à nouveau le foret canulé pour rayon après avoir utilisé le foret sphérique. L'avance de forage jusqu'à la prochaine fente est couverte par le bord de la surface sphérique alésée de l'os du radius. La longueur indiquée est la longueur de l'implant fileté radial à choisir.

**Attention !** Une description détaillée de la technique chirurgicale relative aux implants fileté radial de grand peut être obtenue auprès de Swemac séparément (P125-28-2-optional-20190205).

## 14. Insertion de l'implant fileté radial



L'implant fileté radial est introduit aussi loin que possible.



Éviter de toucher la surface de l'implant. Utiliser un linge stérile afin d'éviter tout contact avec la peau du patient et éviter de toucher l'implant avec les gants chirurgicaux. Utiliser le tournevis pour prélever l'implant de l'emballage stérile. Nettoyer la cavité articulaire à l'aide de solution saline afin de retirer les petits fragments osseux.

## 15. Insertion des implants d'essai



L'implant d'essai de la cupule radiale est inséré dans l'implant fileté radial. Ne pas utiliser l'impacteur sur l'implant d'essai.'

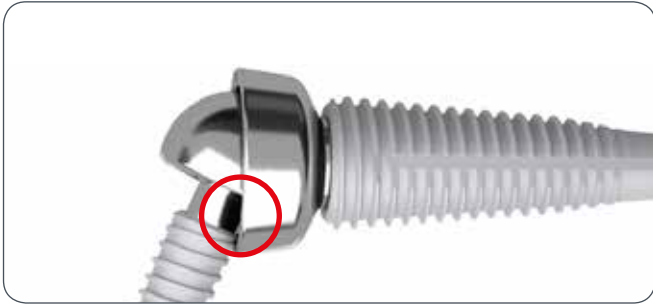


Pour définir l'implant d'essai de tête métacarpienne adéquat, commencer par insérer l'implant d'essai avec un long cou. Augmenter ou diminuez la taille de l'implant d'essai jusqu'à obtenir la tension adéquate.

En tirant les doigts, l'implant d'essai de tête métacarpienne doit uniquement dépasser du fond de la cupule. Si l'une des tailles semble trop serrée, ou si la taille inférieure semble trop lâche, il est possible d'ajuster légèrement l'implant fileté métacarpien en l'introduisant plus profondément dans l'os. Garder à l'esprit que la tension augmentera lors de la fermeture de la capsule.

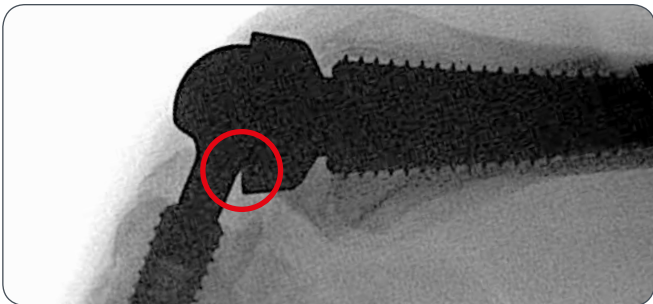
**Attention !** La tête métacarpienne avec le cou court doit être réservée pour les résection de la première rangée du carpe précédemment échoués ou d'autres conditions similaires, où l'espace présenté dans le poignet est serré et il n'y a pas d'autre alternative réaliste. Les meilleurs conseils pour augmenter l'espace dans l'articulation sont, comme mentionné ci-dessus, d'ajuster l'implant fileté métacarpien plus loin dans l'os.

## 16. Avertissement !



En cas d'hésitation entre la tête de prothèse métacarpienne de Ø 15 mm à col court ou à col moyen, choisir le col moyen. En cas d'implantation d'un col court, un contact entre la cupule radiale (PEEK ou CoCrMo) et la tête de prothèse métacarpienne est susceptible de se produire et peut être à l'origine d'une usure excessive. Il convient donc de l'éviter.

La tête métacarpienne avec le cou court doit être réservée pour les résection de la première rangée du carpe précédemment échoués ou d'autres conditions similaires, où l'espace présenté dans le poignet est serré et il n'y a pas d'autre alternative réaliste. Si le cou court est toujours la taille choisie, il est très important que la tension du tissu mou du patient soit suffisante, pour s'assurer que le patient n'a pas une amplitude de mouvement excessive et donc un risque accru de conflit.

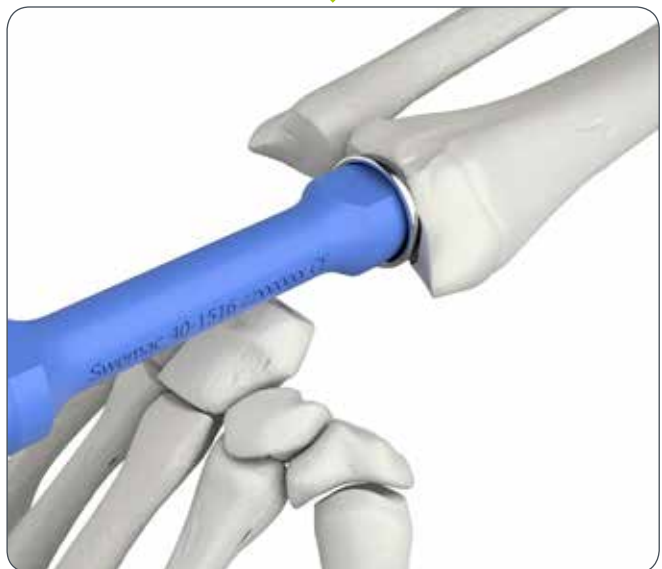


**Attention !** Les meilleurs conseils pour augmenter l'espace dans l'articulation sont d'ajuster l'implant fileté métacarpien plus loin dans l'os.

## 17. Insertion de la cupule radiale



Avant d'introduire la cupule radiale, vérifier que le cône morse interne de l'implant fileté radial est propre. La cupule radiale est insérée dans l'implant fileté radial.



Appuyer sur l'impacteur afin d'assurer un bon ancrage de la cupule radiale. Appuyez une fois sur l'impacteur pour obtenir la meilleure fixation possible entre les surfaces rugueuses de la cupule radiale et l'implant fileté radial.

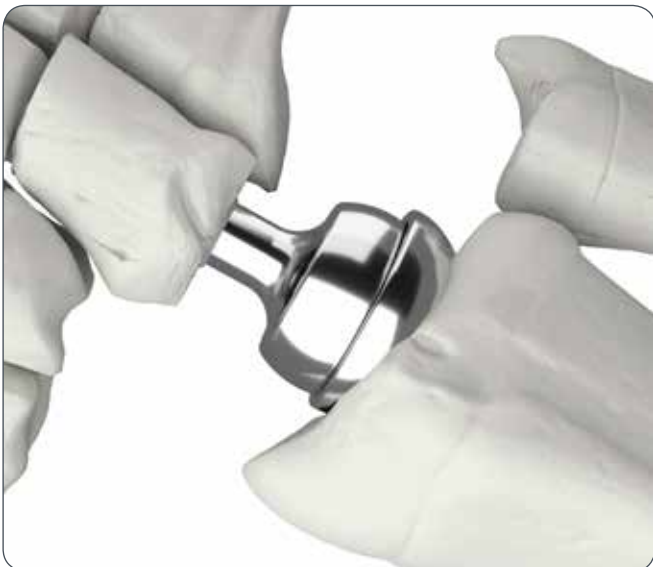
**Attention !** Vérifier que le cône de la cupule radiale est bien ancré dans l'implant fileté radial. L'espace entre la cupule et l'os doit être de 1 à 2 mm.

## 18. Insertion de la tête métacarpienne



Avant d'introduire la tête métacarpienne sélectionnée, vérifier que le cône interne de l'implant fileté métacarpien est propre. La tête métacarpienne est ensuite insérée dans l'implant fileté métacarpien. Appuyer une fois sur l'impacteur afin d'assurer un bon ancrage.

**Attention:** N'utilisez pas une force excessive lors de l'impact sur la tête métacarpienne, puis les fils sur l'implant métacarpien peuvent être détruits.



Réduire l'articulation et évaluer la stabilité et l'amplitude de mouvement par radioscopie avec intensification.

**Attention !** Il est mécaniquement possible d'inverser la prothèse en plaçant la tête métacarpienne dans l'implant radial. Toutefois, cette manipulation n'a pas fait l'objet d'étude et ne saurait être recommandée.

## 19. Réduction de l'espace entre le capitatum et le troisième métacarpien

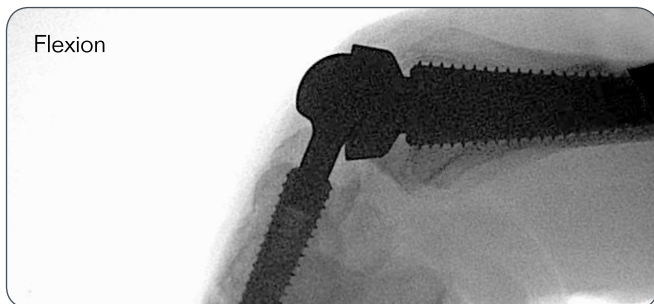
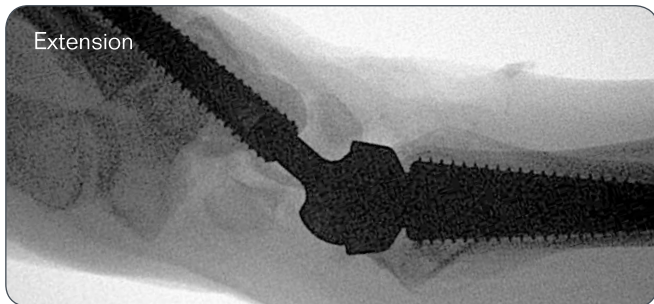


La fusion réussie du capitatum et du troisième métacarpien est absolument essentielle à la fixation durable de l'implant fileté métacarpien. Afin de garantir une fusion réussie, réduire l'espace grâce aux fragments osseux collectés lors du forage du radius. Si nécessaire, recueillir des fragments osseux supplémentaires sur pour augmenter l'espace dans l'articulation.

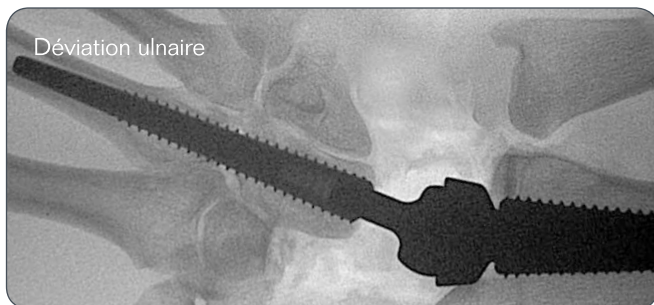
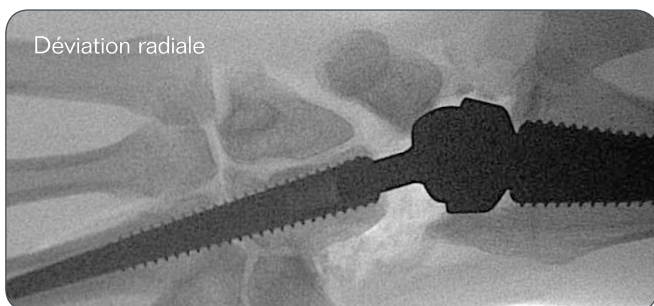
### En cas de fissure du capitatum

En cas de survenue d'une fissure dans le capitatum au cours de la procédure, réduire la fissure avec des fragments osseux et augmenter la durée du plâtre d'environ deux semaines.

## 20. Réduction finale



L'articulation est réduite et la stabilité et l'amplitude de mouvement sont évaluées par radioscopie avec intensification. L'hémostase est obtenue après relâchement du garrot.



Dans ce cas, il n'y avait aucun signe de contact lors de la réduction finale.

## 21. En cas de contact



Si nécessaire et dans le but d'éviter un contact, l'extrémité du styloïde du radius retirée.

Lors de la résection du styloïde du radius, utiliser l'élévateur du périoste afin de relâcher doucement le tissu mou. Cela permet de conserver la stabilité du poignet.

## 22. Fermeture



La capsule dorsale est refermée au mieux. Le retinaculum de l'extenseur est suturé et un drainage sous-cutané est mis en place avant de refermer l'incision.

## Soins postopératoires



**0-6 semaines :** Un plâtre est recommandé pendant 6 semaines (les 2 premières semaines, on utilise une attelle plâtrée) avec le poignet en légère extension sans inclure le coude, permettant une rotation libre de l'avant-bras, le mouvement du pouce et des doigts. Initier une thérapie précoce de la main au cours de l'hospitalisation, avec mouvement des doigts, de l'avant-bras, du coude et de l'épaule.

Environ 2 semaines après le retrait de l'attelle et des sutures, un plâtre est appliqué pendant encore 4 semaines. En cas de problème lié au mouvement de l'extrémité supérieure, le patient bénéficiera d'une thérapie de la main.

**6 semaines :** Le plâtre est retiré (et des radiographies sont réalisées), et le patient est informé et encouragé à exécuter des mouvements actifs et passifs du poignet dans toutes les directions. La mise en charge non limitée est autorisée si elle est possible.

**6 mois :** Des radiographies sont prises et l'amplitude de mouvement/la force de préhension/l'EVA de la douleur sont consignées. Si le patient présente une progression lente, le thérapeute de la main est sollicité.











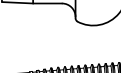


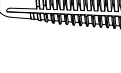


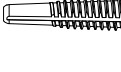
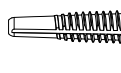
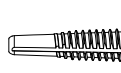
Le patient fait encore l'objet d'un suivi pendant 1 an, puis chaque année par la suite, avec des radiographies et l'enregistrement de l'amplitude de mouvement/la force de préhension/l'EVA de la douleur. L'amélioration stagne entre 2 et 3 ans. Un suivi supplémentaire est possible selon la préférence des médecins, mais doit inclure une consultation dans les 5 à 10 ans.









**Remarque :** le schéma postopératoire a été recommandé par le Dr O. Reigstad, Rikshospitalet, section main et microchirurgie, département d'orthopédie N-0027 Oslo, Norvège.

# Product information




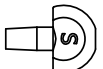
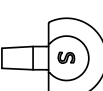
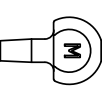
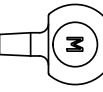
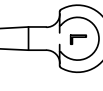
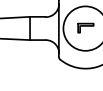
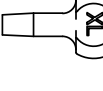
- Needed for CFR-PEEK articulation
- Needed for CoCrMo articulation

## Implants

Radius Cup   CoCrMo   Ø15 mm	40-1015S	●	
Radius Cup   CoCrMo   Ø18 mm (optional)	40-1018S	●	
Radius Cup   CFR-PEEK   Ø15 mm	40-1915S	●	
Metacarpal Head   Ø15 mm   Short Neck (optional)	40-1115S	● ●	
Metacarpal Head   Ø18 mm   Short Neck (optional)	40-1118S	●	
Metacarpal Head   Ø15 mm   Medium Neck	40-1715S	● ●	
Metacarpal Head   Ø18 mm   Medium Neck (optional)	40-1718S	●	
Metacarpal Head   Ø15 mm   Long Neck	40-1215S	● ●	
Metacarpal Head   Ø18 mm   Long Neck (optional)	40-1218S	●	
Metacarpal Head   Ø15 mm   Extra Long Neck	40-1315S	● ●	
Radius Threaded Implant   length 32 mm	40-1332S	● ●	
Radius Threaded Implant   length 38 mm	40-1338S	● ●	
Radius Threaded Implant   length 44 mm	40-1344S	● ●	
Radius Threaded Implant   length 50 mm	40-1350S	● ●	
Radius Threaded Implant   length 56-80 mm (optional)			
Metacarpal Threaded Implant   length 45 mm   Large	40-1445S	● ●	
Metacarpal Threaded Implant   length 50 mm   Large	40-1450S	● ●	
Metacarpal Threaded Implant   length 55 mm   Large	40-1455S	● ●	
Metacarpal Threaded Implant   length 60 mm   Large	40-1460S	● ●	


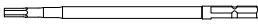


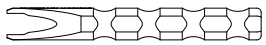
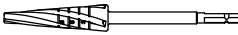




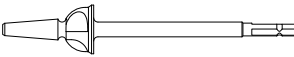
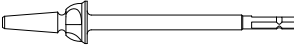
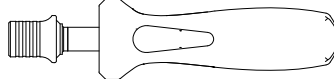
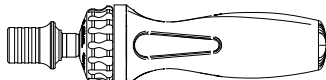
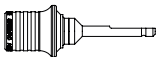
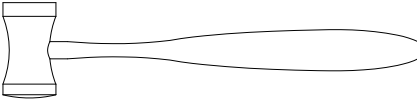
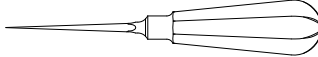
Metacarpal Threaded Implant   length 65 mm   Large (optional)	40-1465S	● ●	
Metacarpal Threaded Implant   length 70 mm   Large (optional)	40-1470S	● ●	
Metacarpal Threaded Implant   length 45 mm   Small	40-1475S	● ●	
Metacarpal Threaded Implant   length 50 mm   Small	40-1480S	● ●	
Metacarpal Threaded Implant   length 55 mm   Small	40-1485S	● ●	
Metacarpal Threaded Implant   length 60 mm   Small	40-1490S	● ●	
Metacarpal Threaded Implant   length 65 mm   Small (optional)	40-1495S	● ●	
Metacarpal Threaded Implant   length 70 mm   Small (optional)	40-1400S	● ●	

## Trials

Trial – Radius Cup   Ø15 mm	40-1522	●	
Trial – Radius Cup   Ø18 mm (optional)	40-1521	●	
Trial – Radius Cup   Ø15 mm   For CFR-PEEK Cup	40-1541	●	
Trial – Metacarpal Head   Ø15 mm   Short Neck (optional)	40-1529	● ●	
Trial – Metacarpal Head   Ø18 mm   Short Neck (optional)	40-1527	●	
Trial – Metacarpal Head   Ø15 mm   Medium Neck	40-1524	● ●	
Trial – Metacarpal Head   Ø18 mm   Medium Neck (optional)	40-1523	●	
Trial – Metacarpal Head   Ø15 mm   Long Neck	40-1528	● ●	
Trial – Metacarpal Head   Ø18 mm   Long Neck (optional)	40-1526	●	
Trial – Metacarpal Head   Ø15 mm   Extra Long Neck	40-1602	● ●	



## Instruments

Hohmann Retractor	40-1503	● ●	
Bits 3,5 mm HEX with Quick-Lock	40-1513	● ●	
Impactor	40-1516	● ●	
Guide Wire T-handle	40-1518	● ●	
Cup Remover	40-1519	● ●	
Cannulated Drill for Radius   32-50 mm	40-1546	● ●	
Cannulated Drill for Metacarpal III   45-70 mm   Large	40-1551	● ●	
Cannulated Drill for Metacarpal III   45-70 mm   Small	40-1552	● ●	
Guide Wire with sharp tip   Ø2 mm	40-1561	● ●	
Guide Wire with round tip   Ø2 mm	40-1563	● ●	
Radius Spherical Drill   Ø18 mm (optional)	40-1566	●	
Radius Spherical Drill   Ø15 mm	40-1567	● ●	
Handle Tri-Lobe with Quick-Lock	45-2585	● ●	
Handle Tri-Lobe with Ratchet (optional)	40-2593	● ●	
Adapter, from AO male to Tri-Lobe female (optional)	40-5000	● ●	
Hammer	52-2211	● ●	
Awl	62-3070	● ●	
Tray and lid	40-1600	● ●	

## **IFU**

For the latest version of this Instruction For Use. Please visit:  
<http://download.swemac.com/Motec-Wrist-Joint-Prosthesis>

Swemac develops and promotes innovative solutions for fracture treatment and joint replacement. We create outstanding value for our clients and their patients by being a very competent and reliable partner.

# Swemac

Motec Wrist Joint Prosthesis

Manufacturer



**Swemac Innovation AB**

**CE 0413**

Cobolgatan 1 • SE-583 35 Linköping • Sweden

+46 13 37 40 30 • [info@swemac.com](mailto:info@swemac.com) • [www.swemac.com](http://www.swemac.com)



P125-28-2-FR-20190315

This brochure is a translation of: P125-28-2-20190226