



Laufzettel Risiko-Evaluation bei antiresorptiver Therapie vor Implantation

(Bisphosphonat-, Denosumab-Medikation)

Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V. www.dgi-ev.de

PATIENTENDATEN.....

Grunderkrankung und Indikation der antiresorptiven Therapie:

- primäre Osteoporose
- sekundäre / therapieinduzierte Osteoporose
- solider Tumor (Mamma-, Prostata- Ca. o.a.) ohne ossäre Metastasen
- solider Tumor (Mamma-, Prostata- Ca. o.a.) mit ossärer Metastasierung
- Multiples Myelom / Plasmocytom

OP- Risiko:

- = niedrig
- = mittel
- = hoch

Cave: kumulatives Risiko beurteilen

Medikation

Bisphosphonat: Präparat.....

- Non-Amino-Bisphosphonat (z.B. Clodronat)
- Amino- Bisphosphonat (z.B. Zoledronat, Ibandronat, Alendronat)

- Applikationsart: oral
- i.v. Intervall ca. alle 12 Mo.
 - i.v. Intervall ca. alle 6 Mo.
 - i.v. Intervall ca. alle 4 Wo.

Denosumab:

- Applikationsart: s.c. 60 mg ca. alle 6 Mo. (Prolia®)
- s.c. 120 mg ca. alle 4 Wo. (XGeva®)

Zeitliche Dynamik

antiresorptive Therapie läuft seit wann? <3.J 3-6J >6J.

Weitere (ggf. onkologische) Therapie

- Hormontherapie (z.B. bei Mamma- oder Prostata-Ca.)
- Cortison(langzeit)behandlung
- Immun- oder Antikörpertherapie
- Chemotherapie (Zytostatikatherapie)
- Antiangiogenetische Therapie, insbesondere Bevacizumab (Avastin®)
- !! Kopf-Hals-Strahlentherapie

Lokale Knochenneubildungsrate / knöcherner Situation

- Radiologisch keine persistierende Alveole nach Zahnentfernung (erfolgte Ossifikation) und klinisch keine persistierenden scharfen Knochenkanten
- Radiologisch langfristig zurückliegender Zahnverlust (erfolgte Ossifikation, aber Kompromittierung der Knochenneubildung nicht beurteilbar)
- Radiologisch persistierende Alveole nach Zahnentfernung (fehlende Ossifikation) oder klinisch persistierende scharfe Knochenkanten
- !! Z.n. Kiefernekrose (ONJ)

Stempel

Datum _____ Unterschrift _____