

Presentazione del Position Paper SICMF- SIPMO su BRONJ

Alessandria, 19 Novembre 2011

Giuseppina Campisi*

Settore di Medicina Orale “V. Margiotta”

Dip. Discipline Chirurgiche ed Oncologiche

Università di Palermo



**Speaker dichiara: nessun conflitto di interesse*

I BISFOSFONATI e la PRATICA ODONTOIATRICA



84 % di un gruppo di **pazienti** in BF per osteoporosi sapeva quali farmaci stava assumendo,
80% non ricordava il periodo di assunzione
82% non risultava informato del rischio di osteonecrosi

[Migliorati CA](#), [Mattos K](#), [Palazzolo MJ](#).: How patients' lack of knowledge about oral bisphosphonates can interfere with medical and dental care. *J Am Dent Assoc.* 2010 May;141(5):562-6.

41 % dei **dentisti** intervistati possiede informazioni aggiornate relativamente ad aspetti clinici e presunti fattori di rischio di BRONJ;

33,33 % ha nozioni corrette circa la prevenzione (cioè la gestione odontoiatrica dei pazienti sottoposti a terapia con BF) ed il trattamento di BRONJ

[López-Jornet P](#), [Camacho-Alonso F](#), [Molina-Miñano F](#), [Gomez-Garcia F](#).: Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw. Knowledge and attitudes of dentists and dental students: a preliminary study. *J Eval Clin Pract.* 2010 Oct;16(5):878-82.

Strategie per la prevenzione BRONJ su tutto il territorio nazionale

- **Position paper SICMF-SIPMO su BRONJ (ottobre 2009 – dicembre 2011)**
- **Progetto CAO-SIPMO-SICMF (start-up previsto Dicembre 2011)**

PROGETTO “BIS”



FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED
ODONTOIATRI

CAO- COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI NAZIONALE

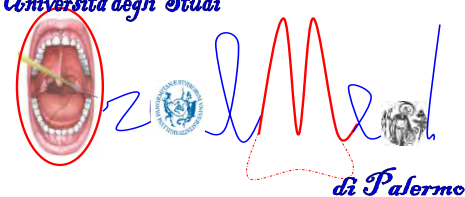
OSTEONECROSI DEI MASCELLARI DA **BIS**FOSFONATI
PROGETTO DI PREVENZIONE PRIMARIA SECONDARIA E TERZIARIA

PER OPERATORI SANITARI ODONTOIATRICI E MEDICI

IN COLLABORAZIONE CON



Università degli Studi



Settore di Medicina Orale “V. Margiotta”
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221

***QUALI FATTORI DI
RISCHIO?***



Fattori di rischio - Sistemici

Farmaco (NBF)*:

-molecola (zoledronato vs altri)	+++
-via di somministrazione (endovena vs orale)	++
-dose cumulativa	+++
-durata del trattamento	+++

Patologia di base (per cui indicata terapia con NBF):

-tumori solidi	++
-mieloma multiplo	++
-patologia non oncologica (dismetabolica)	+/-?

Terapie di supporto:

-chemioterapia	-/+
-steroidi nei pazienti oncologici	-/+
-steroidi nei pazienti con malattia non oncologica	+
-antiangiogenetici nei pazienti oncologici (SUNITINIB, BEVACIZUMAB)	++
-talidomide	+/-
-fattori di stimolazione eritropoietica	+/-

*Non aminobisfosfonati (non NBF). Ad oggi, per i bisfosfonati non contenenti gruppi amminici, non è stata evidenziata alcuna associazione con la BRONJ, (rare case reports); pertanto, il rilievo anamnestico relativo all'assunzione di tale classe di farmaci non dovrebbe modificare il comportamento dell'odontoiatra.

tenere in considerazione i seguenti aspetti

Indicazione alla **terapia di BP**

E' importante conoscere **la patologia di base** di un soggetto candidato alla terapia con NBP, considerando che le formulazioni ed i dosaggi di farmaco possono essere diversi, e diverso è anche il livello di associazione con la comparsa di BRONJ. Ne consegue che la gestione odontoiatrica potrà cambiare in funzione della malattia di base del paziente.

Tipologia di Bisfosfonato (BP)

Aminobifosfonati (NBP). Come citato nel paragrafo “Bisfosfonati e meccanismi di azione” del presente position paper, gli NBP sono, ad oggi, l'unica classe di bisfosfonati per cui sia stata identificata un'associazione con lo sviluppo di BRONJ; pertanto, solo ad essi si applicano le raccomandazioni seguenti.

Fattori di rischio - Sistemici

Stili di vita:

- fumo	+/-
- alcool	-/+
- obesità	+/-

Caratteristiche anagrafiche

- sesso	+/-
- età	+/-
- fattori genetici	+/-

Patologie concomitanti (comorbidità):

- diabete	+/-
- artrite reumatoide	+
- ipocalcemia, iperparatiroidismo	+
- insufficienza renale in dialisi	+
- anemia	+/-

Legenda : +++ dati robusti ed univoci ; ++ dati presenti nella maggior parte degli studi

Fattori di rischio- Locali

Scarsa igiene orale

Patologia dento-parodontale

- Parodontopatia cronica
- Infezioni odontogene
- Ascesso endodontico
- Ascesso parodontale

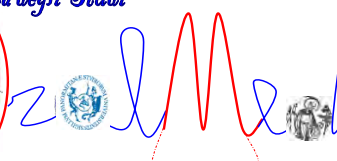
Chirurgia dento-alveolare

- Estrazione dentale
- Chirurgia ossea
- Chirurgia periapicale
- Chirurgia parodontale
- Implantologia

Protesi rimovibili incongrue

Condizioni anatomiche

- Torus palatino
- Tori linguali
- Esostosi
- Cresta miloioidea pronunciata



Display Settings: ☒ Abstract

Send to: ☒

Oral Oncol. 2011 Mar;47(3):191-4. Epub 2011 Feb 2.

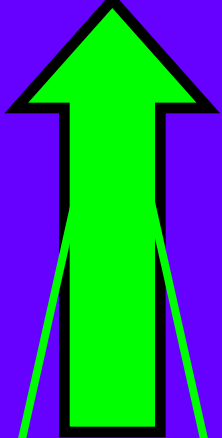
Surgery-triggered and non surgery-triggered Bisphosphonate-related Osteonecrosis of the Jaws (BRONJ): A retrospective analysis of 567 cases in an Italian multicenter study.

Vescovi P, Campisi G, Fusco V, Mergoni G, Manfredi M, Merigo E, Solazzo L, Gabriele M, Gaeta GM, Favia G, Peluso F, Colella G.

Department of Otolaryngological/Dental/Ophthalmological and Cervico-Facial Sciences, University of Parma, Parma, Italy.
paolo.vescovi@unipr.it

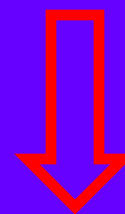
Abstract

Invasive local procedures are often reported in clinical history of patients suffering from Bisphosphonates-Related Osteonecrosis of the Jaws (BRONJ) but over 40% of spontaneous forms have been also described in literature. We compared age, gender, underlying bone disorders, bisphosphonate therapy, clinical features and surgical outcome of 205 cases (36.2%) of BRONJ non surgery-triggered (group 1) with 362 (63.8%) cases of surgery-triggered forms (group 2). Differences between group 1 and 2 were analysed using Mann-Whitney U and χ^2 tests. Statistical analysis was performed using STATA 8. Zoledronate was the most used type of bisphosphonate (63.4% versus 69.0%) and the mandible was the most frequently involved site (63.9% versus 63.4%) in both groups. BRONJ in group 1 was more frequently multicentric (9.3% versus 5%, $p < 0.05$), had a lower clinical stage (45.9% versus 13.8% in stage 1, $p < 0.01$) and had a better outcome after surgical therapy (improvement in 74.1% versus 58.6%, $p < 0.05$). The high prevalence of non surgery-triggered forms of BRONJ should be considered by oncologists, haematologists and general physicians who are advised to inform their patients regarding the importance of preventive dental protocols to control the possible causes of osteonecrosis not related to dental invasive procedures.



PREVENZIONE

PRIMARIA
SECONDARIA



BRONJ



Gestione odontoiatrica del paziente

A) Prima di inizio trattamento con amino-bisfosfonati (NBP)

B) Durante il trattamento con amino-bisfosfonati (NBP)

A) Prevenzione I

B) Prevenzione I, Prevenzione II e gestione ad hoc delle eventuali patologie odontostomatologiche emergenti



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali



RACCOMANDAZIONE N. 10 - Settembre 2009

RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BISFOSFONATI

INDICE

1. Premessa	3
2. Obiettivo	6
3. Ambiti di applicazione	7
4. Azioni	7

Fornire indicazioni in **AMBITO ONCOLOGICO** per la corretta gestione dei pazienti che **devono iniziare** o hanno **già iniziato il trattamento con bifosfonati**, specialmente quelli sottoposti a terapia per via endovenosa e che devono sottoporsi a manovre chirurgiche odontoiatriche.

8. Suggerimenti per il miglioramento dell'efficacia della Raccomandazione	10
9. Riferimenti bibliografici	11



*Ministero del Lavoro, della Salute e
delle Politiche sociali*



RACCOMANDAZIONE N. 10 - Settembre 2009

**RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI
DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BISFOSFONATI**

I LIMITI DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE

- SI OCCUPA SOLO DEI PAZIENTI ONCOLOGICI
- NON DA' INDICAZIONI PRECISE SUL **MANAGEMENT ODONTOIATRICO** DEI PAZIENTI CHE RIENTRANO IN CIASCUNA DELLE CATEGORIE DI PREVENZIONE NE' A PROPOSITO DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE
- RACCOMANDA L'INVIO DEL PAZIENTE CON BRONJ A GENERICO ODONTOIATRA

Gestione odontoiatrica del paziente

Prevenzione I

La prevenzione rimane l'approccio più significativo al fine di tutelare la salute orale del paziente che necessita dell'assunzione di bisfosfonati. Tuttavia, la limitata conoscenza delle basi eziopatogenetiche della BRONJ, riduce la possibilità dell'approccio preventivo al controllo dei fattori di rischio conosciuti.

Tra questi ultimi i più significativi sono le procedure chirurgiche che coinvolgono il processo dento-alveolare delle ossa mascellari e le infezioni dento-parodontali.

A)Prima di inizio trattamento con amino-bisfosfonati (NBP)

*Nel caso di un paziente affetto da **patologia oncologica**, come da raccomandazione del Ministero della Salute (Settembre 2009), egli deve essere inserito in un percorso di prevenzione della BRONJ.*

VISITA ODONTOIATRICA-SEMPRE PRIMA

La valutazione dello stato di salute dento-parodontale del paziente deve essere realizzata **sempre prima** dell'inizio dell'assunzione di NBP mediante esame clinico odontostomatologico e radiologico.

La tempistica e la modalità del trattamento può essere influenzata in modo significativo dalla necessità di iniziare il trattamento con NBP per cui è necessario la concertazione dello stesso con l'oncologo di riferimento.

Infine, il paziente, deve essere informato del rischio di BRONJ.

PAZIENTE **ONCOLOGICO** CHE INIZIA TERAPIA CON
BISFOSFONATI ENDOVENOSI

CANCER



**INSERIRE IL PAZIENTE IN UN PROGRAMMA DI
FOLLOW-UP PERIODICO (3-4 MESI)***

Esame clinico cavo orale

Sedute di fisioterapia orale

Sedute di igiene orale professionale

Cure conservative e endodontiche

Controllo protesi (contatti traumatici)

Motivazione del paziente (all'igiene orale domiciliare e ai controlli periodici)

Controllo chimico della placca (CHX 0.12% senza alcool)

Educazione del paziente al riconoscimento di segni precoci di BRONJ

*** IL TIMING E' DA STABILIRSI IN BASE ALLA COMPLIANCE ALL'IGIENE ORALE, ALLA
PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO LOCALI/SISTEMICI**

A)Prima di inizio trattamento con amino-bisfosfonati (NBP)

*Nel caso di un paziente affetto da **patologia osteometabolica**,*

VISITA ODONTOIATRICA NECESSARIAMENTE PRIMA?

..la valutazione iniziale di questi pazienti **non è perentoria** prima dell'inizio della terapia, ma può essere differita (regime d'elezione) nell'arco dei **primi 4-6 mesi** di terapia con NBP.

In questo modo il soggetto rientra nel regime di prevenzione per la popolazione generale della malattia parodontale dopo i 40 anni .

- 1.American Academy of Periodontology. Parameter on Periodontal Maintenance. J Periodontol 2000;71:849-850.
2. Società Italiana di Parodontologia. Progetto terapia. 2003
3. Renvert S, Persson R. Supportive periodontal therapy. Periodontology 2000, Vol. 36, 2004, 179–195.

B) Durante il trattamento con amino-bisfosfonati (NBP)

Prevenzione I, Prevenzione II



*Nel caso di un paziente con **patologia oncologica o patologia osteometabolica***

I pazienti che assumono NBP devono pertanto essere inseriti in un rigoroso programma di prevenzione dentale e/o terapia parodontale di supporto in modo da minimizzare il rischio di insorgenza di patologie dentarie e problematiche parodontali e/o perimplantari, e controllare efficacemente quelle in atto.

I pazienti **devono eseguire controlli periodici** con una frequenza non inferiore a quella normalmente usata nei programmi di prevenzione orale e mantenimento parodontale, il che, a seconda dello status dento-parodontale e dell'età del paziente comporta l'effettuazione della rivalutazione del paziente da una a tre volte l'anno.

1. American Academy of Periodontology. Parameter on Periodontal Maintenance. J Periodontol 2000;71:849-850.
2. Società Italiana di Parodontologia. Progetto terapia. 2003
3. Renvert S, Persson R. Supportive periodontal therapy. Periodontology 2000, Vol. 36, 2004, 179–195.

B) Durante il trattamento con amino-bisfosfonati (NBP)

Gestione ad hoc delle eventuali patologie
odontostomatologiche emergenti

Che fare – se fare - e come fare?

B) Durante il trattamento con amino-bisfosfonati (NBP)

DRUG HOLIDAY

Che fare – se fare - e come fare?

Non esiste evidenza scientifica che supporti la validità della sospensione della terapia con gli NBP, sia endovenosa o orale, prima delle procedure di chirurgia dento-alveolare. Dovrebbe migliorare il trofismo dell'epitelio e la guarigione mucosa.

Poiché sono noti gli effetti benefici degli NBP sul controllo della malattia di base e sulle relative complicanze, mentre sono dubbi i risultati della loro sospensione ai fini di allontanare il rischio di BRONJ, si deve sempre informare il paziente sulla scarsa predicibilità dell'effetto sospensivo

B) Durante il trattamento con amino-bisfosfonati (NBP)

PROCEDURE DI CHIRURGIA DENTO-ALVEOLARE

Se la terapia con NBP è iniziata, nel caso di **patologie osteometaboliche** il rischio risulta essere molto basso (non quantificabile), per cui le procedure di chirurgia dento-alveolare possono essere eseguite; se la terapia con NBP è iniziata da più di 3 anni (AAOMS,2009) o in **presenza di altri fattori di rischio** si valutino protocolli di prevenzione.

In corso di terapia con **NBP endovena** nel **paziente oncologico**, le estrazioni sono possibili (e consigliate se foci attivi) e dovrebbero essere attuati **specifici protocolli di prevenzione***.

** Ferlito; Scoletta, Lodi; Saia; PROMAB*

PROFILASSI ANTIBIOTICA

Per quanto riguarda il **tipo di antibiotico e la durata** della sua somministrazione i diversi protocolli non sono univoci. In generale, sono stati utilizzati antibiotici ad ampio spettro, in particolare amoxicillina (1g, 2-3 volte/die) eventualmente associata ad acido clavulanico, o, in caso di allergia alle penicilline, eritromicina (600 mg, 3 volte/die).

In relazione alla **durata della somministrazione preoperatoria**, alcuni reports indicano migliori risultati in caso di terapie antibiotiche preoperatorie prolungate (3-4 settimane), mentre altri evidenziano buoni risultati con terapie antibiotiche preoperatorie brevi (iniziate tre giorni oppure 1 giorno prima dell'estrazione) associate a collutori quotidiani di clorexidina.

La **prosecuzione postoperatoria** della terapia antibiotica nei protocolli citati è stata riportata in un range da 5 giorni a 17

Follow up 12 mesi

Protocollo terapeutico

Pre estrazione

Post estrazione

Drug-Holiday

Procedura chirurgica

Lodi G et al.

J Oral Maxillo Fac Surg
2010; 68(1): 107-10

- Clorexidina 0,2% collut 1v/die
- Ablazione tartaro (2-3 sett prima)
- Amoxicillina 1g cpr 3v/die (3 gg prima)

Fino al 17° giorno:

- Amoxicillina 1g cpr 3v/die
- Clorexidina 1% gel 3v/die

NO

- Anestesia
- Lembo muco periosteo
- Avulsione e courettage con minima manipolazione ossea
- Sutura

Saia G et al.

J Oral Maxillo Fac Surg
2010; 68(4): 797-804

Effettuato solo in caso di VAS dolore > 5

- Amoxicillina+Ac.Clavulanic o 1g 3v/die per 3 gg 2v/die per altri 4 gg
- Metronidazolo 500mg 3v/die per 3 gg e 2v/die per altri 4 gg

In caso di riferita allergia alla penicillina:

Lincomicina 500mg 2v/die per 7 gg

Fino al 7° giorno:

- Amoxicillina+Ac.Clavulanic o 1g 3v/die per 3 gg 2v/die per altri 4 gg
- Metronidazolo 500mg 3v/die per 3 gg e 2v/die per altri 4 gg

In caso di riferita allergia alla penicillina:

- Lincomicina 500mg 2v/die per 7 gg

1 mese prima avulsione

- Anestesia
- Lembo muco periosteo
- Avulsione
- Biopsia osso alveolare
- Alveoloplastica con strumenti rotanti
- Sutura

Scoletta S et al.

J Oral Maxillofac Surg.
2011; 69:456-462

- Clorexidina 0,2% collut 2v/die per 7 gg
- Ablazione tartaro e istruzioni di igiene orale (2 sett prima)
- Amoxicillina+Ac.Clavulanic o 1g 3cpr/die (1 gg prima)

In caso di riferita allergia alla penicillina:

- Eritromicina 600mg 3cpr/die

Fino al 6° giorno:

- Amoxicillina+Ac.Clavulanic o 1g 3cpr/die

In caso di riferita allergia alla penicillina:

- Eritromicina 600mg 3cpr/die

Non specificato

- Anestesia
- Lembo muco periosteo
- Avulsione
- Courettage e Ostectomia/Alveoloplastica con strumento medicale ultrasonico
- Riempimento dell'alveolo con plasma autologo ricco in fattori di crescita (PRGF)
- Sutura

Ferlito S et al.

Amoxicillina+Ac Clavulanic o

Fino al 5° giorno:

NO

- Anestesia

RUOLO DELL'ODONTOIATRA

Necessità di ESTRAZIONI DENTARIE/CHIRURGIA MINORE

- Ottenimento del **consenso informato scritto** da parte del paziente
- Se estrazione/intervento non urgente ma considerato necessario: Valutare insieme al medico prescrittore del BP l'eventuale SOSPENSIONE PRECAUZIONALE DEL FARMACO per 2 - 4 mesi e/o la prescrizione di terapia sostitutiva.
- **EVITARE L'UTILIZZO DI VASOCOSTRITTORE ASSOCIATO ALL'ANESTETICO LOCALE**

- ✓ manipolazione ossea minima
- ✓ LEMBO e guarigione per prima intenzione
- ✓ profilassi antibiotica sistemica (vari prot.)
- ✓ full mouth disinfection



B) Durante il trattamento con amino-bisfosfonati (NBP)

CURE CONSERVATIVE ED ENDODONZIA

non c'è evidenza alcuna che le terapie conservative o endodontiche comportino un sostanziale aumento di rischio di BRONJ in nessuna categoria di pazienti (**oncologici o non oncologici**) in corso di terapia

B) Durante il trattamento con amino-bisfosfonati (NBP)

CHIRURGIA PARODONTALE

è opinione di questa Commissione che le procedure chirurgiche parodontali in **pazienti oncologici** siano sostanzialmente **controindicate**, mentre **nei pazienti non oncologici**, pur se gravate da un rischio tendenzialmente basso, **vanno considerate con attenzione** valutando caso per caso le condizioni locali e sistemiche del paziente, le co-morbidità, l'assunzione di steroidi o altri farmaci e la durata dell'assunzione di BP.

B) Durante il trattamento con amino-bisfosfonati (NBP)

IMPLANTOLOGIA

Le raccomandazioni cliniche sono concordi nel definire che l'assunzione di NBP **per via endovenosa in pazienti oncologici** rappresenta una **controindicazione assoluta** all'implantologia, e la presente Commissione concorda in pieno su questo punto. *Tale controindicazione va estesa anche al periodo successivo al termine della terapia con BP.*

B) Durante il trattamento con amino-bisfosfonati (NBP)

IMPLANTOLOGIA

La terapia con NBP nei **pazienti non oncologici** non rappresenta una **controindicazione all'implantologia dentale**, ma devono essere considerati cautamente i singoli casi relativamente ai potenziali fattori di rischio aggiuntivi (es. assunzione NBP>3 anni per AAOMS o pat. sistemiche).

Inoltre, è opinione della Commissione che il *paziente deve essere informato del potenziale, seppur basso, rischio di BRONJ e deve seguire uno stretto programma di igiene orale domiciliare e professionale.*



DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO

Palermo / /

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle INDAGINI DIAGNOSTICHE e dei PROVVEDIMENTI TERAPEUTICI concordati.

La informo che i pazienti che assumono o hanno assunto bifosfonati per via endovenosa e/o per os hanno un maggiore rischio di insorgenza di focolai osteonecrotici singoli o multipli delle ossa mascellari, che comportano l'esposizione dell'osso necrotico nel cavo orale e che sembrano attualmente non giovare di alcun trattamento.

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a (.....) il

Informato/a dal Dott./ssa.....

DICHIARA

▪ Di volersi sottoporre all'intervento chirurgico e/o altra procedura diagnostica proposto/a dai sanitari (specificare tipo di intervento.....).

.....), reso edotto della natura dell'intervento e dei motivi che ne consigliano l'esecuzione.

▪ Di essere al corrente dei rischi e delle complicanze connesse con le procedure chirurgiche tra cui: **osteonecrosi delle ossa mascellari**, infezione, emorragie, danno neurologico transitorio o permanente (compresa parestesia/anestesia del labbro inferiore in seguito a biopsia delle ghiandole salivari minori), reazione allergica, trombo-embolia, arresto cardiaco, danno estetico da anomala cicatrizzazione tissutale.

▪ Di autorizzare i chirurghi-operatori a trattare eventuali condizioni patologiche che dovessero evidenziarsi al momento dell'intervento, compiendo gli atti necessari alla riuscita dello stesso e a tutela della propria salute, anche se a carattere demolitivo.

▪ Di comprendere che non può essere garantito il certo esito dell'intervento, ma solo l'uso di mezzi tecnici adeguati per la sicurezza e la tutela della propria salute.

▪ Di aver preso visione di questo documento nella sua interezza e di averne compreso il significato prima di avere firmato.

PRESTA PERTANTO IL SUO ASSENSO ALL'INTERVENTO ED ALLE TERAPIE CHE GLI SONO STATE ILLUSTRATE E SPIEGATE.

Firma del paziente o del legale rappresentante:

Firma del Medico:

Firma del Testimone:

B) Durante il trattamento con amino-bisfosfonati (NBP)

ORTODONZIA

Si raccomanda di considerare **con cautela** il trattamento **ortodontico** nei pazienti sottoposti ad alte dosi ed a terapie prolungate, specialmente per via endovenosa.

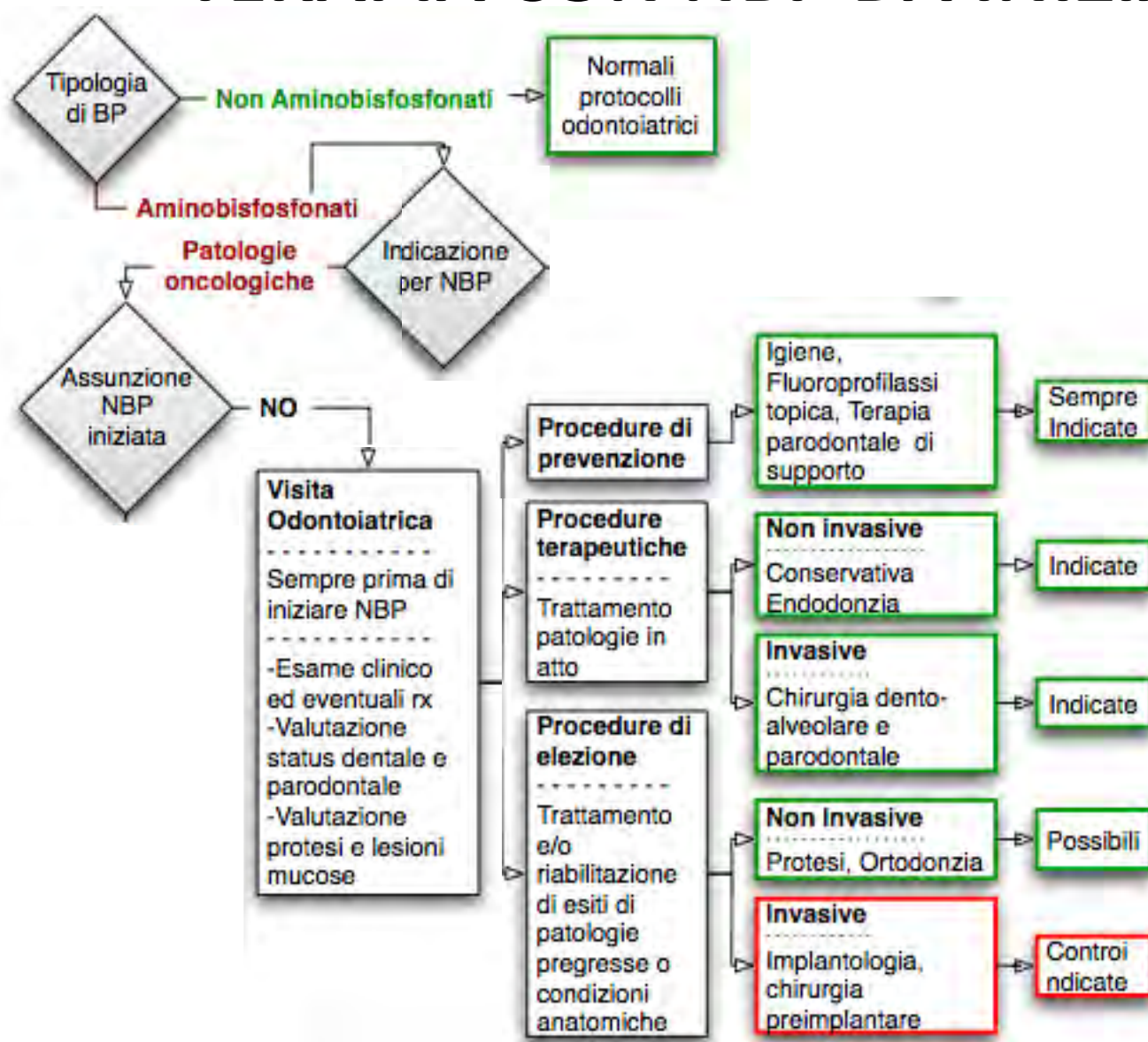
I pazienti in terapia con bisfosfonati **per via orale** sono da considerare, come per le altre terapie odontoiatriche non invasive, **a basso rischio**.

Inoltre, è opinione della Commissione che il *paziente deve essere informato del potenziale, seppur basso, rischio di BRONJ e deve seguire uno stretto programma di igiene orale domiciliare e professionale*

TERAPIA CON NBP DA INIZIARE

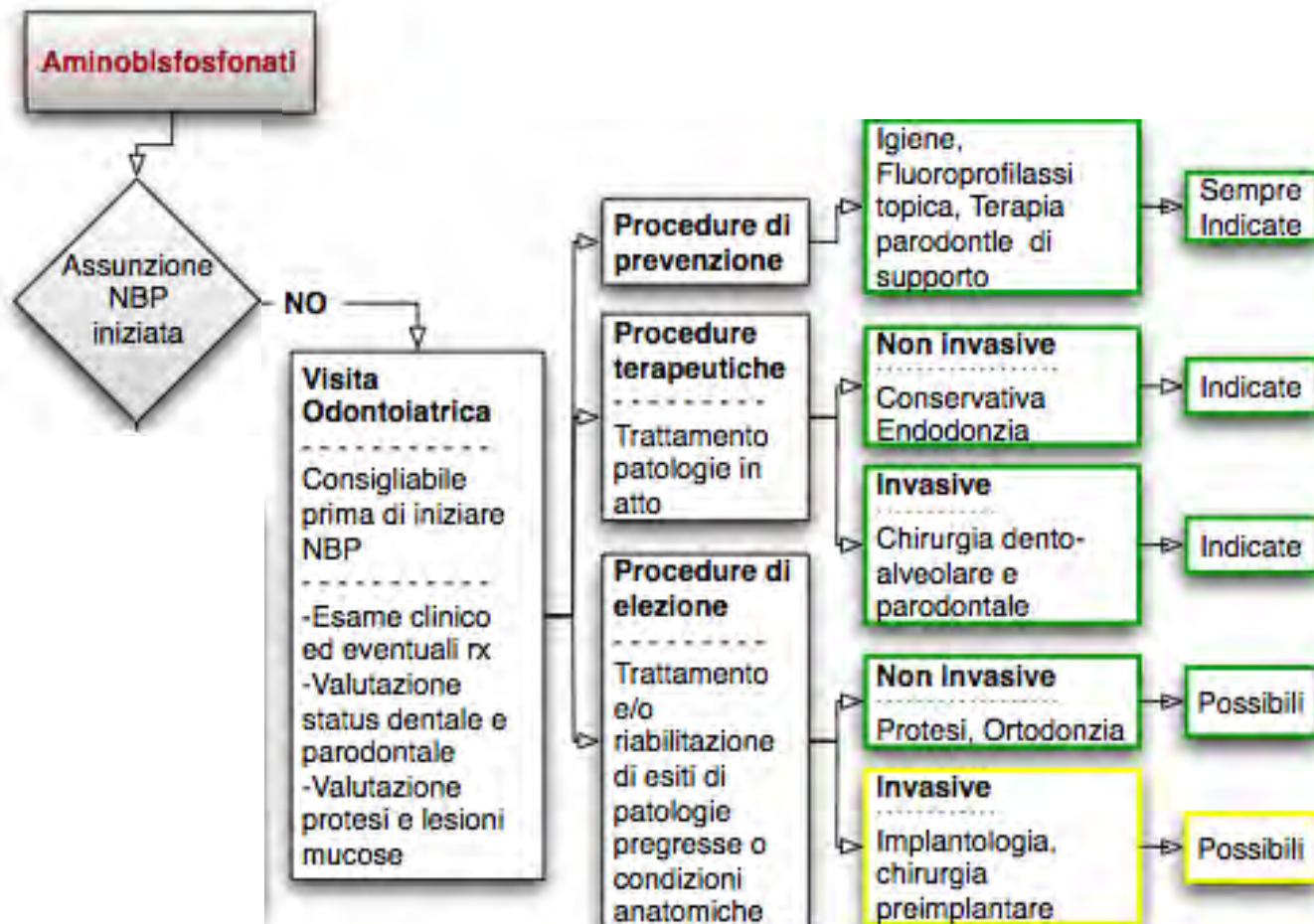
Prestazioni Odontoiatriche	PATOLOGIE ONCOLOGICHE	PATOLOGIE OSTEOMETABOLICHE
Chirurgia dento-alveolare E chirurgia ossea preimplantare e muco-gengivale	Indicata: estrazione semplice* Controindicata: chirurgia ossea pre-implantare ----- Se chirurgia è indicata, necessaria: attesa della guarigione biologica dei tessuti prima di iniziare terapia con NBP (4-6 settimane). *Se inizio tp NBP non procrastinabile, usare protocolli estrattivi di prevenzione con lembo mucoperiosteo per la chiusura primaria del sito chirurgico	Indicata: estrazione semplice Possibile: chirurgia ossea pre-implantare
Conservativa	Indicata	Indicata
Endodonzia	Indicata	Indicata
Implantologia	Controindicata	Possibile* *consenso informato per possibile rischio BRONJ a lungo termine
Ortodonzia	Possibile	Possibile
Parodontologia: Igiene e terapia causale	Indicata	Indicata
Parodontologia e endodonzia chirurgica	Indicata* Necessaria: attesa della guarigione biologica dei tessuti prima di iniziare terapia con NBP (4-6 settimane). *Solo se finalizzata al trattamento di significativi processi infiammatori-infettivi in atto e non altrimenti controllabili con metodiche non invasive Se inizio tp NBP non procrastinabile, valutare terapia estrattiva	Indicata
Protesi fissa	Possibile	Possibile
Protesi rimovibile	Possibile	Possibile

TERAPIA CON NBP DA INIZIARE



TERAPIA CON NBP DA INIZIARE

Patologia osteometabolica



IN TERAPIA CON NBP

	Patologie oncologiche	Patologie osteometaboliche	
	Terapia con NBP iniziata	Terapia con NBP < 3 anni	Terapia con NBP > 3 anni o in presenza di pat. sistemiche associate (?)
Chirurgia dento-alveolare e Chirurgia ossea preimplantare e mucogengivale	<p>Indicata: chirurgia estrattiva*</p> <p>Controindicata: chirurgia ossea pre-implantare</p> <p>Consigliabile: sospensione dell'NBP per 4 settimane (guarigione biologica dei tessuti), compatibilmente con la patologia oncologica e dopo parere del medico prescrittore</p> <p>*Usare protocolli estrattivi di prevenzione con lembo mucoperiosteo per la chiusura primaria del sito chirurgico</p>	<p>Indicata: estrazione semplice</p> <p>Possibile: chirurgia ossea pre-implantare e mucogengivale</p>	<p>Indicata: chirurgia estrattiva*</p> <p>Possibile: chirurgia ossea pre-implantare e mucogengivale</p> <p>*Usare protocolli estrattivi di prevenzione con lembo mucoperiosteo per la chiusura primaria del sito chirurgico</p>
Conservativa	Indicata	Indicata	Indicata
Endodonzia	Indicata	Indicata	Indicata

IN TERAPIA CON NBP

	Patologie oncologiche	Patologie osteometaboliche	
	Terapia con NBP iniziata	Terapia con NBP < 3 anni	Terapia con NBP > 3 anni o in presenza di pat. sistemiche (?)
Implantologia	Controindicata	Possibile* *consenso informato per rischio BRONJ a lungo termine	Possibile:* *consenso informato per rischio BRONJ a breve e a lungo termine
Ortodonzia	Possibile (impiego di forze deboli)	Possibile	Possibile
Parodontologia: Igiene e terapia causale	Indicata ogni 4 mesi	Indicata	Indicata ogni 4-6 mesi
Parodontologia chirurgica	Indicata** ----- Necessario: assicurare copertura ossea stabile o scegliere protocolli estrattivi di prevenzione con lembo mucoperiosteo per la chiusura primaria del sito	Indicata	Indicata** ----- Necessario: assicurare copertura ossea stabile o scegliere protocolli estrattivi di prevenzione con lembo mucoperiosteo per la chiusura primaria del sito Possibile ***

** Solo se finalizzata al trattamento di processi infiammatori/infettivi in atto e non altrimenti controllabili con metodiche non invasive del sito chirurgico

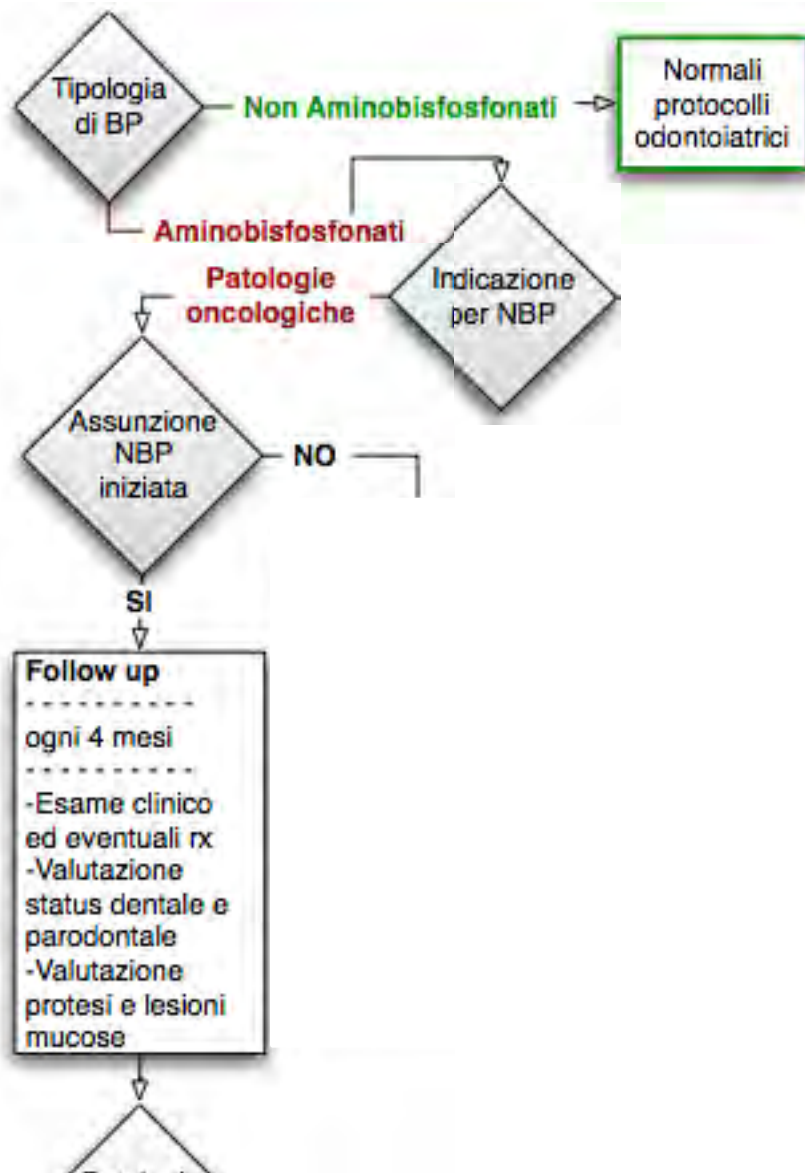
*** Se procedure di elezione (e.g. finalità estetiche)

Position Paper SICMF-SIPMO 2011

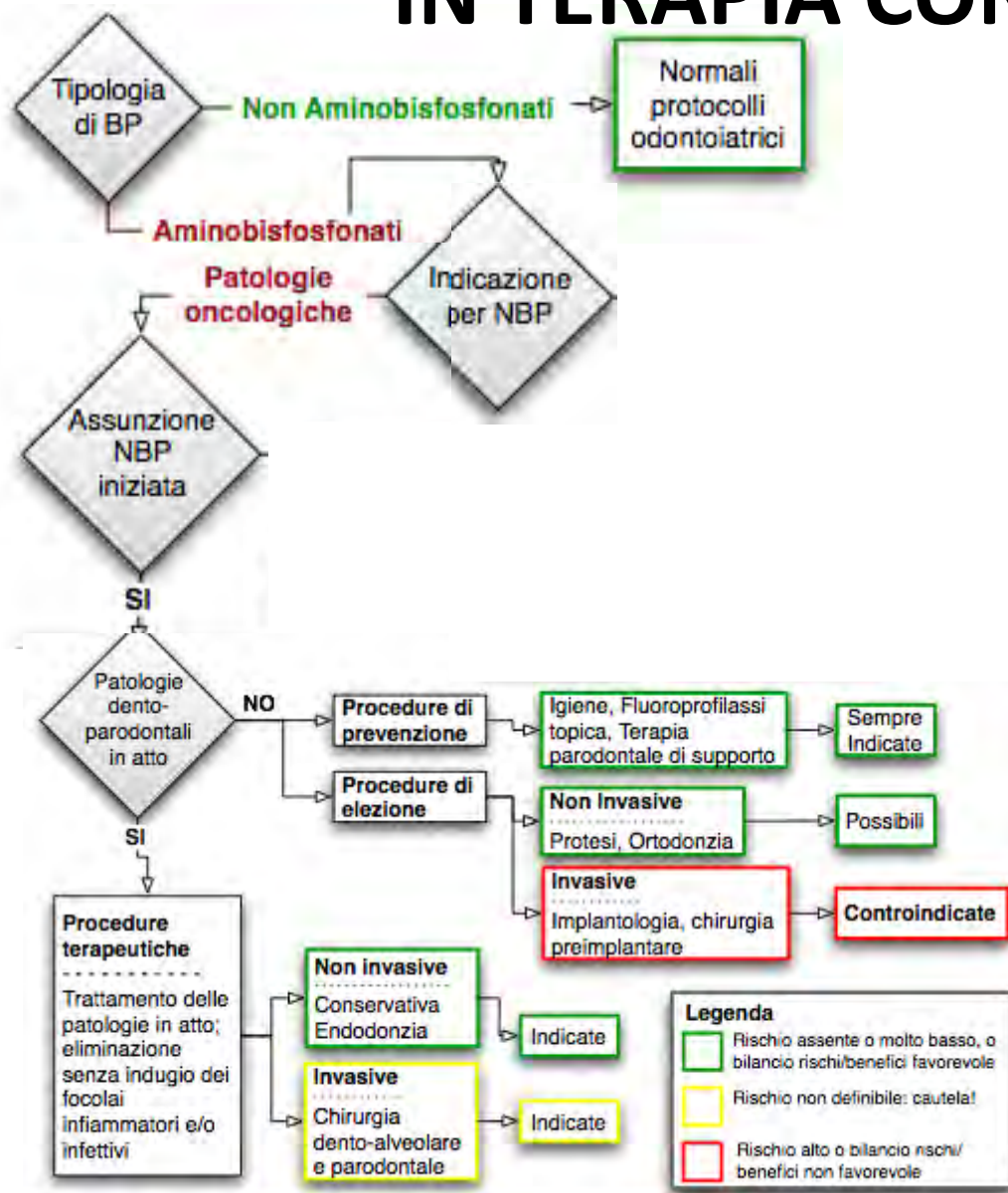
IN TERAPIA CON NBP

	Patologie oncologiche	Patologie osteometaboliche	
	Terapia con NBP iniziata	Terapia con NBP < 3 anni	Terapia con NBP > 3 anni o in presenza di pat. sistemiche (?)
Protesi fissa	Possibile ----- Necessario: rispetto dell'ampiezza biologica (controllo della chiusura cervicale – eventuale chiusura sopragengivale)	Possibile	Possibile ----- Necessario: rispetto dell'ampiezza biologica (controllo della chiusura cervicale – eventuale chiusura sopragengivale)
Protesi rimovibile	Possibile ----- Necessario: evitare traumatismo e decubito; eventuale ribasatura morbida; Controllo dei manufatti ogni 4 mesi	Possibile	Possibile ----- Necessario: evitare traumatismo e decubito (controllo dei manufatti ogni 4-6 mesi; – eventuale ribasatura morbida)

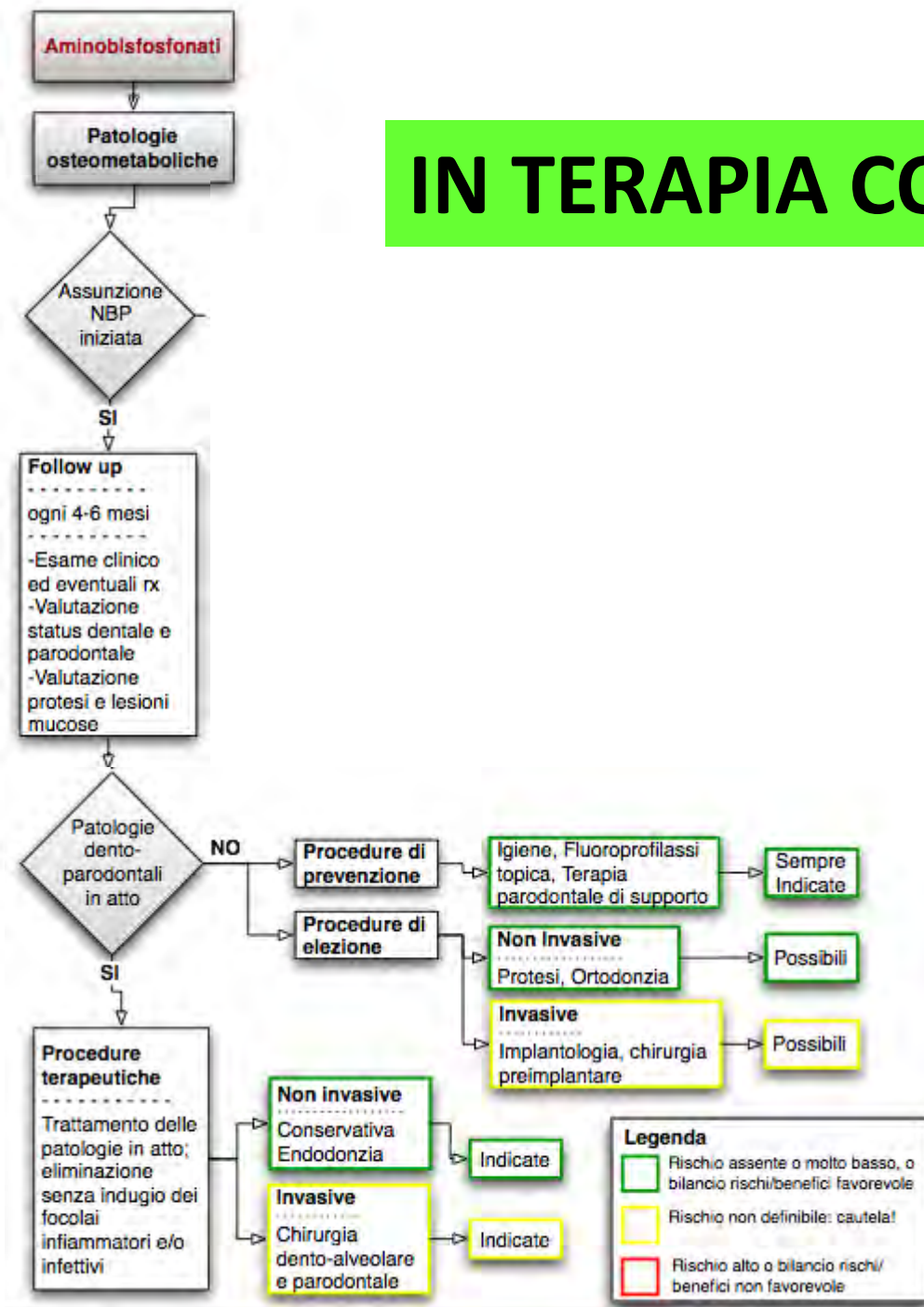
IN TERAPIA CON NBP



IN TERAPIA CON NBP



IN TERAPIA CON NBP



Grazie Vittorio!