



## Retrospektive Erhebung zur Diagnostik und Therapie des Knochenmarködemsyndroms (KMÖS)

**Praxis-/Klinikadresse  
oder Stempel:**

Angabe freiwillig!

Hinweise zum Ausfüllen:

- Füllen Sie einen Bogen pro behandelten / abgeschlossenen Fall aus.
- Auch unvollständige Datensätze können und sollen übermittelt werden
- Bitte verzichten Sie auf Patientennamen, Nummern, Initialen oder sonstige Patientenbezogene Informationen, die Erfassung erfolgt anonymisiert
- Sie benötigen keine Patientenaufklärung oder -Einwilligung. Die Studie ist von der Ethikkommission der Uni Bonn genehmigt (Ethikantrag Nr.: 152/14)
- Schicken Sie die ausgefüllten Bögen bitte an die untenstehende Adresse. Gerne können Sie mehrere Bögen gesammelt versenden

- Weitere Informationen zum Projekt finden Sie auf der Projekthomepage:

**[www.knochenmark-odem.de](http://www.knochenmark-odem.de)**

- Weitere Informationen, Rückfragen zum Projekt oder sonstige Fragen beantworten wir unter:

**[info@knochenmark-odem.de](mailto:info@knochenmark-odem.de)**

*Wir danken Ihnen für Ihre Mühe und Mithilfe!*

## Diagnosestellung

Erstdiagnose:	__ / ____ (mm/jjjj)		
	Alter bei Diagnose:	__ Jahre	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Rezidiv?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
	<input type="checkbox"/> multilokuläres Wiederauftreten		
Lokalisation:	<input type="checkbox"/> Hüfte:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Mehrfachnennungen möglich	<input type="checkbox"/> Knie:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	<input type="checkbox"/> Fuß:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	<input type="checkbox"/> Hand:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	<input type="checkbox"/> andere: _____		
Untersuchungen:	<input type="checkbox"/> MRT	<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Szinti <input type="checkbox"/> Sonst: _____
Symptome:	Schmerzen:	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark
	Schwellung:	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark
	<input type="checkbox"/> Pathologische Fraktur: _____		
	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____		

## Risikofaktoren

<input type="checkbox"/> Nikotin: ggf: __ Packyears	<input type="checkbox"/> gesteigerter Alkoholkonsum
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II	seit __ Jahren (falls bekannt)
<input type="checkbox"/> Cortison-Dauertherapie	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung
<input type="checkbox"/> Hämochromatose	<input type="checkbox"/> Sichelzell-Anämie
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft: __ SSW	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<input type="checkbox"/> Malignom: _____	
<input type="checkbox"/> Z.n. Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Z.n. Chemotherapie
<input type="checkbox"/> Arthrose des benachbarten Gelenkes:	
Stadium __ nach <input type="checkbox"/> Kellgren-Lawrence oder <input type="checkbox"/> Outerbridge	
<input type="checkbox"/> vorausgegangene Arthroskopie des benachbarten Gelenkes	
wenn ja, wann? __ / ____ (mm/jjjj)	
<input type="checkbox"/> Trauma (traumatisches KMÖS: bone bruise), wenn ja, wann? __ / ____ (mm/jjjj)	
Knochendichte:	<input type="checkbox"/> erfolgt __ / ____ (mm/jjjj) <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt / nicht bekannt
	T-Wert: - __, __ (L1-L4) - __, __ (Gesamt-SH)

## Labor bei Diagnosestellung

Osteologisches	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	
Basislabor:	Calcium: _ , _ _ mmol/l	Phosphat: _ , _ _ mmol/l
	$\gamma$ GT: _ _ _ U/l	AP: _ _ _ U/l
	Kreatinin: _ , _ mg/dl	TSH: _ , _ $\mu$ U/ml
	CRP: _ _ _ mg/l <i>oder</i> _ _ , _ mg/l	BSG: _ _ mm/h / _ _ mm/2h
25-OH-Vitamin-D-Spiegel:	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	
	_ _ ng/ml <i>bzw.</i> _ _ nmol/l	<i>oder</i>
	<input type="checkbox"/> erniedrigt	<input type="checkbox"/> Normbereich (>30ng/ml)
	<input type="checkbox"/> unter laufender 25-OH-Vitamin-D-Substitution	

## Therapie

Beginn:	<input type="checkbox"/> < 4 Wochen nach Diagnose	<input type="checkbox"/> > 4 Wochen nach Diagnose
Belastung:	<input type="checkbox"/> Entlastung: _ _ Wochen	<input type="checkbox"/> Teilbelastung: _ _ Wochen
	<input type="checkbox"/> Vollbelastung	
Konservative Therapie:	<input type="checkbox"/> Magnetfeldbehandlung, Gerät: _____	
	Frequenz: _ _ / Monat	Gesamt: _ _ _ Behandlungen
	<input type="checkbox"/> Stoßwellenbehandlung, Gerät: _____	
	Frequenz: _ _ / Monat	Gesamt: _ _ _ Behandlungen
	<input type="checkbox"/> Hyperbare Sauerstoff-Therapie, Therapieschema: _____	
	Frequenz: _ _ / Monat	Gesamt: _ _ _ Behandlungen
	<input type="checkbox"/> Laser-Therapie, Gerät: _____	
	Frequenz: _ _ / Monat	Gesamt: _ _ _ Behandlungen
Bisphosphonat-Behandlung:	<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> intravenös
	Präparat: _____	Therapiedauer: _ _ _ Monate
Iloprost Therapie:	<input type="checkbox"/> Ilomedin® 20 $\mu$ g <input type="checkbox"/> Prostvasin® 20 $\mu$ g <input type="checkbox"/> _____	
	Frequenz: _ _ Gaben in _ _ Tagen	Gesamtdosis: _ _ _ $\mu$ g
<u>OP:</u>	<input type="checkbox"/> Entlastungsbohrung (core decompression) am _ _ / _ _ _ _ (mm/jjjj)	
	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____ am _ _ / _ _ _ _ (mm/jjjj)	

## Outcome

Behandlung:	<input type="checkbox"/> Andauernd	<input type="checkbox"/> Abgeschlossen seit: __ / ____ (mm/jjjj)
	<input type="checkbox"/> „Lost to Follow-Up“: letzter Kontakt __ / ____ (mm/jjjj)	
Aktuelles Ergebnis:	<input type="checkbox"/> Restitution ad integrum	
	Schmerzen:	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark
	Schwellung:	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark
	<input type="checkbox"/> Pathologische Fraktur: _____	
	<input type="checkbox"/> Impression der subchondralen Grenzlamelle	
	<input type="checkbox"/> Arthrose des benachbarten Gelenkes:	
	Stadium _ nach <input type="checkbox"/> Kellgren-Lawrence <i>oder</i> <input type="checkbox"/> Outerbridge	
	<input type="checkbox"/> Endoprothese des betr. Gelenks: __ / ____ (mm/jjjj)	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

Universitätsklinikum Bonn  
Klinik für Orthopädie & Unfallchirurgie  
KMOS-Register  
z. Hd. Dr. med. Thomas Randau  
Sigmund-Freud-Str. 25  
53105 Bonn

**Rücksendung an:**