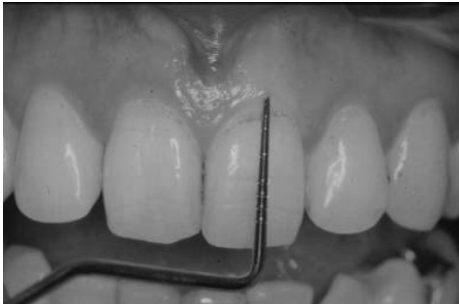



Parodontale Gesundheit, gingivale Erkrankungen und Zustände		
Parodontale und gingivale Gesundheit	Gingivitis, plaque- induziert	Gingivale Erkrank- ungen: nicht- plaque- induziert




Bluten auf Sondieren $\leq 10\%$
keine Erytheme und Ödeme
Sondierungstiefen $\leq 3\text{mm}$

kein Attachment- oder Knochenverlust
Knochenniveau liegt 1-3mm apikal der
Schmelz-Zement-Grenze



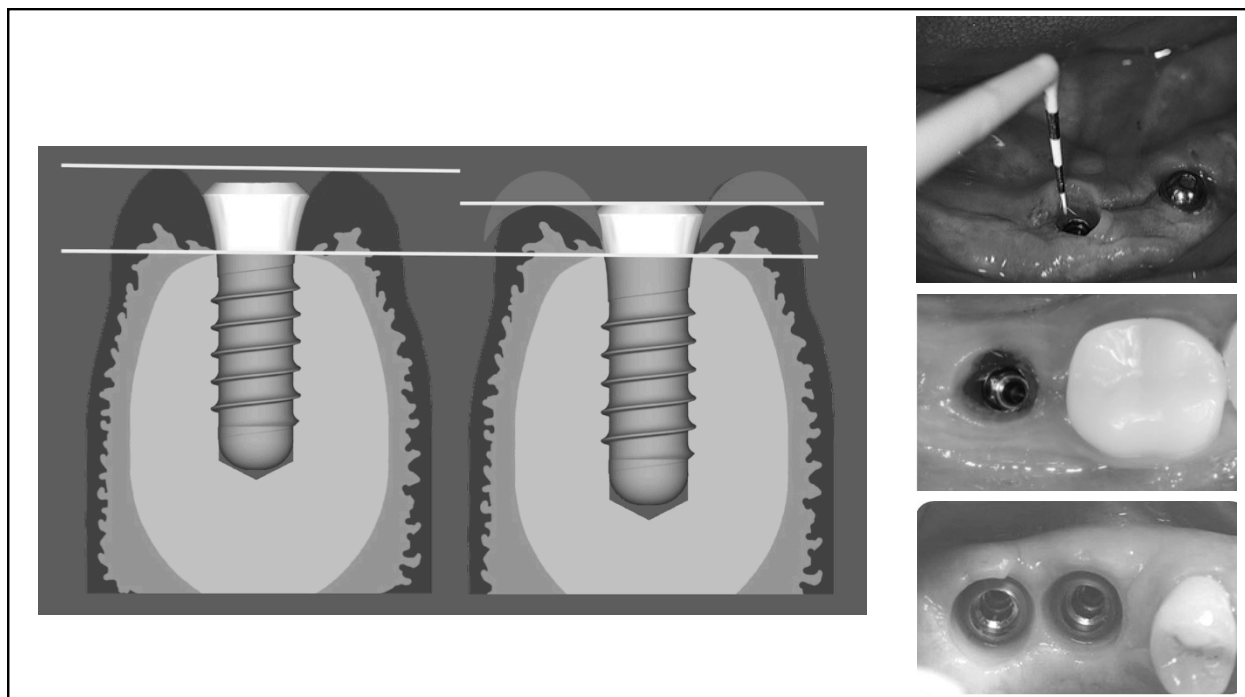
Parodontale Gesundheit, gingivale Erkrankungen und Zustände		
Parodontale und gingivale Gesundheit	Gingivitis, plaque- induziert	Gingivale Erkrank- ungen: nicht- plaque- induziert

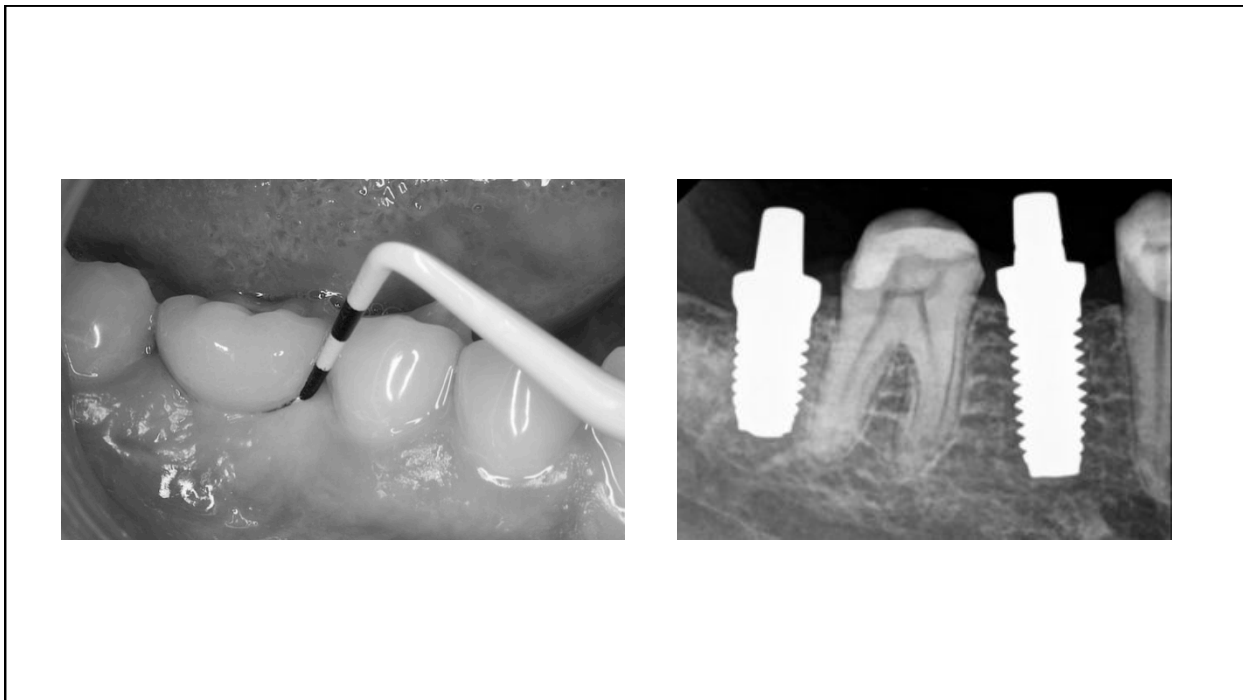


kein Bluten auf Sondieren ($\leq 10\%$)
keine Erytheme und Ödeme
Sondierungstiefen $\leq 3\text{mm}$

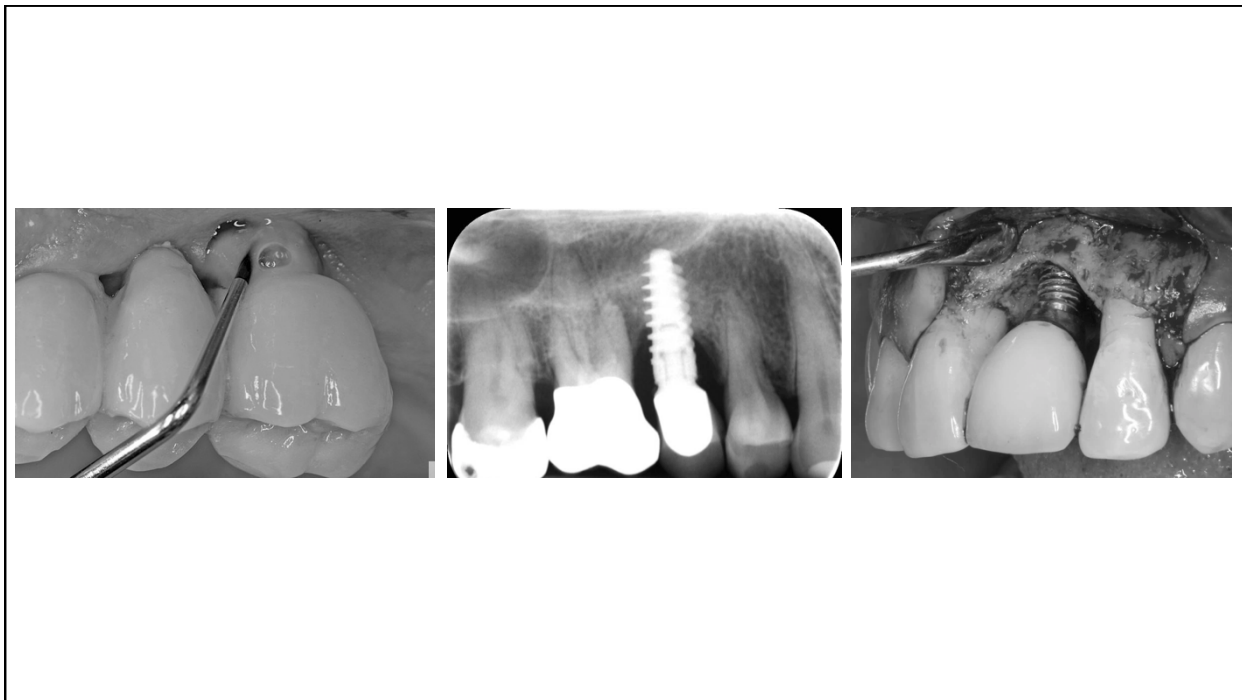
~~kein Attachment- oder Knochenverlust
Knochenniveau liegt 1-3mm apikal der
Schmelz-Zement-Grenze~~

Periimplantäre Erkrankungen und Zustände			
Periimplantäre Gesundheit	Periimplantäre Mukositis	Periimplantitis	Periimplantäre Weich-/Hartgewebsdefekte
 		<p>kein Bluten auf Sondieren keine Erytheme und Ödeme Sondierungstiefen < 3mm</p> <p>kein Attachment- oder Knochenverlust (keine freiliegenden Windungen)</p>	





Periimplantäre Erkrankungen und Zustände			
Periimplantäre Gesundheit	Periimplantäre Mukositis	Periimplantitis	Periimplantäre Weich-/ Hartgewebsdefekte
Bluten auf Sondieren Erytheme und Ödeme ZUNAHME der Sondierungstiefen		Attachment- oder Knochenverlust → freiliegenden Windungen (Röntgenbild)	



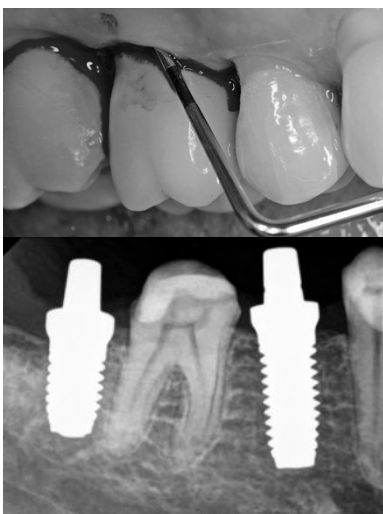
Periimplantäre Erkrankungen und Zustände

**Periimplantäre
Gesundheit**

**Periimplantäre
Mukositis**

Periimplantitis

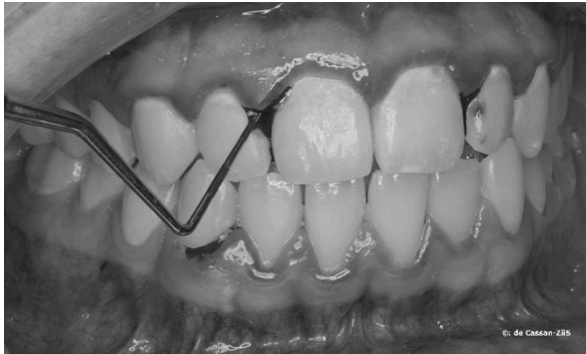
**Periimplantäre
Weich-/
Hartgewebsdefekte**




**Bluten auf Sondieren
Erytheme und Ödeme**
~~Sondierungstiefen \leq 3mm~~

kein Attachment- oder Knochenverlust
(keine freiliegenden Windungen)

Parodontale Gesundheit, gingivale Erkrankungen und Zustände		
Parodontale und gingivale Gesundheit	Gingivitis, plaque-induziert	Gingivale Erkrankungen: nicht-plaque-induziert






Sondierungstiefen $\leq 3\text{mm}$
 Bluten bei Sondieren ($> 10\%$)
 Erytheme
 Schmerz bei Sondieren
 Schwellungen (Verlust des marginalen Gingivasaums)

RISIKOFAKTOREN

besonders empfänglich, anfällig machen

Lokal (prädisponierend)

- Retentionsfaktoren für Biofilm
- subgingivale Restaurationsränder
- Mundtrockenheit
- Mundatmung



RISIKOFAKTOREN



umgestalten,
[ab]ändern,
abwandeln

Systemisch (modifizierend)

- Rauchen
- Hoher Blutzucker
- Vitamin-C-Mangel
- Medikamente
- Geschlechtshormone
- Bluterkrankungen

Schwangerschaftsgingivitis



Plaque-induziert!!!!

Raucherzahnfleisch

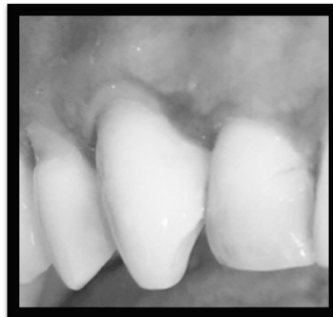
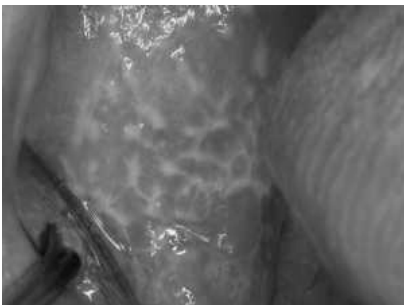
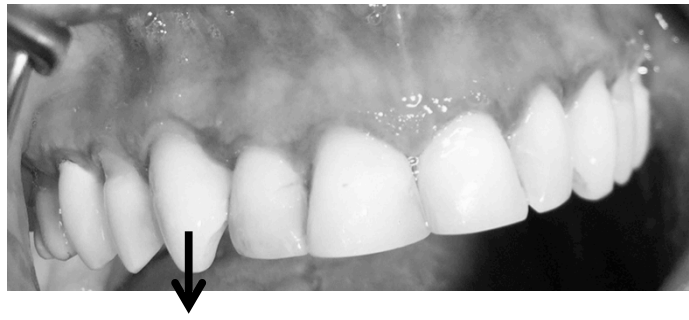


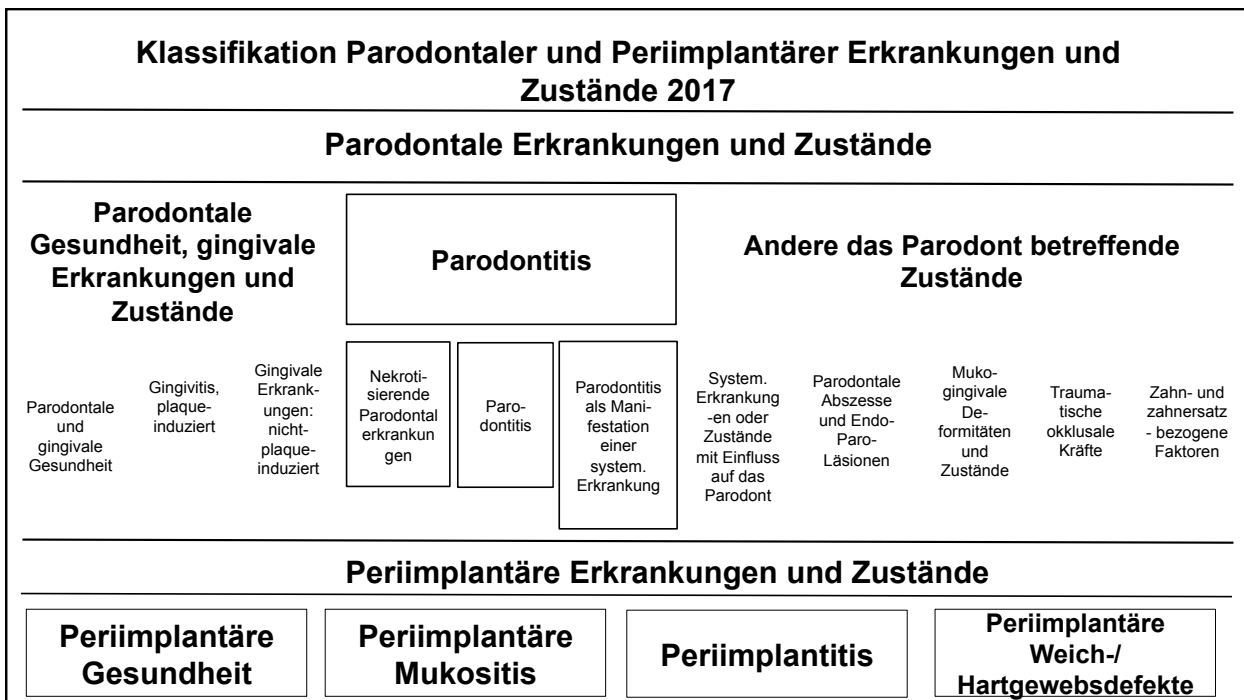
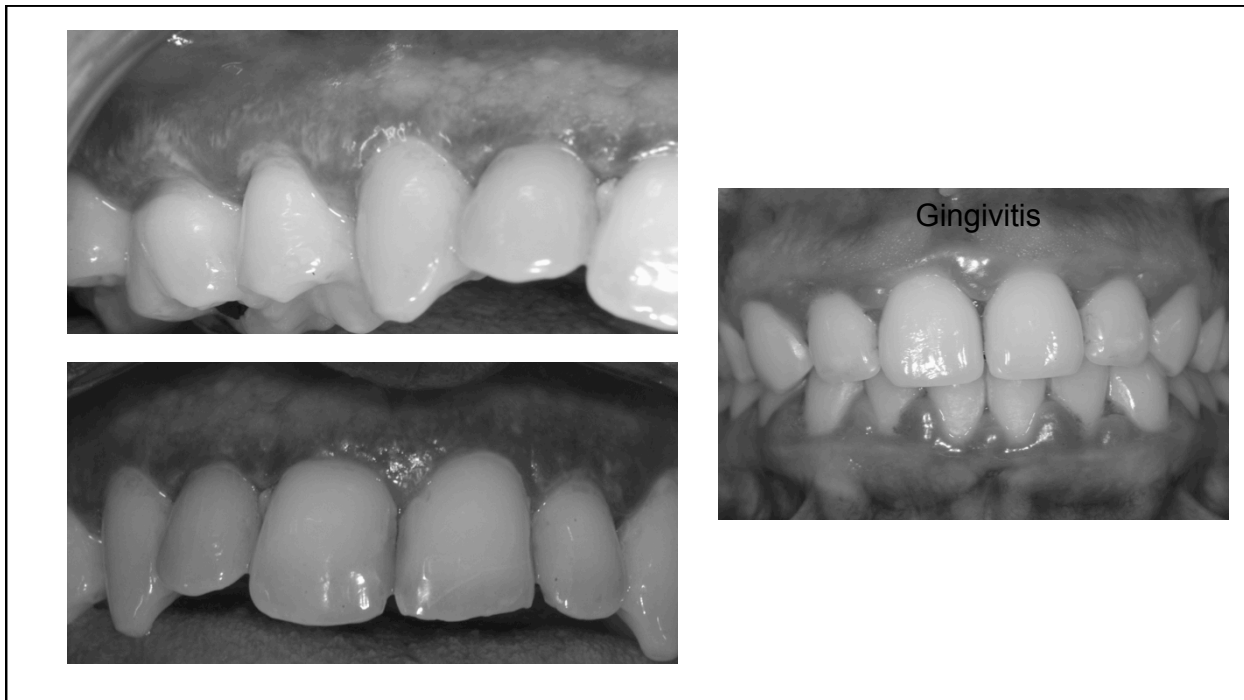
Parodontale Gesundheit, gingivale Erkrankungen und Zustände

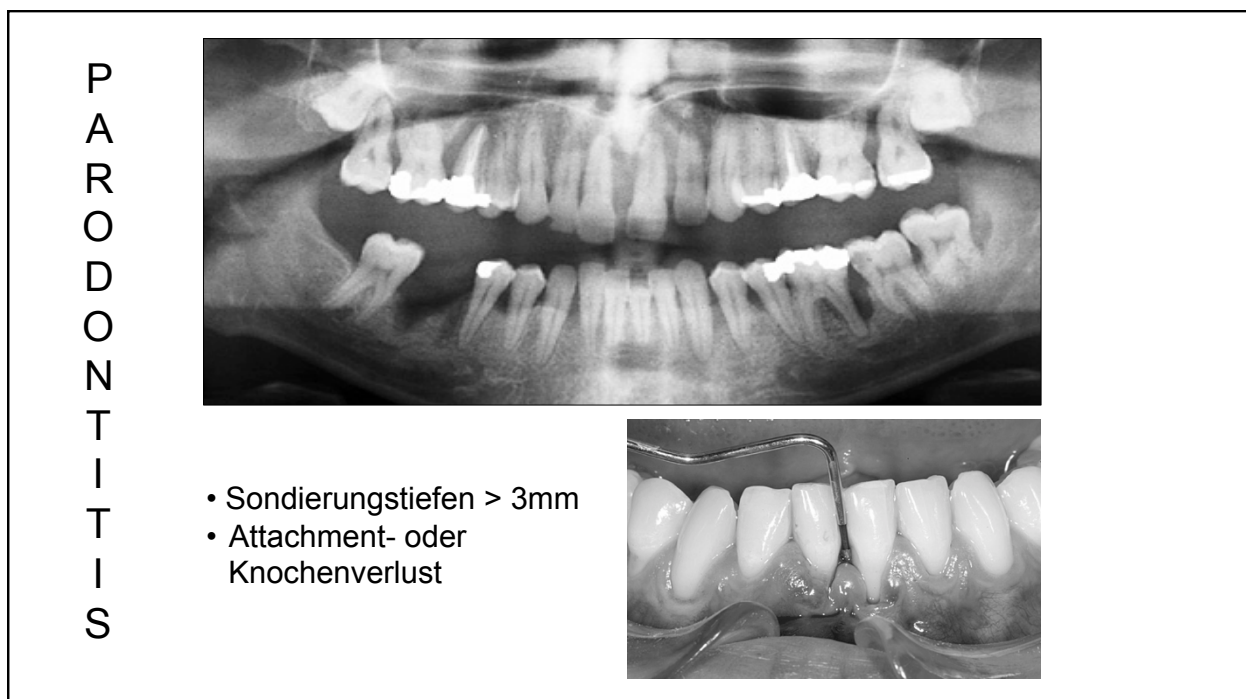
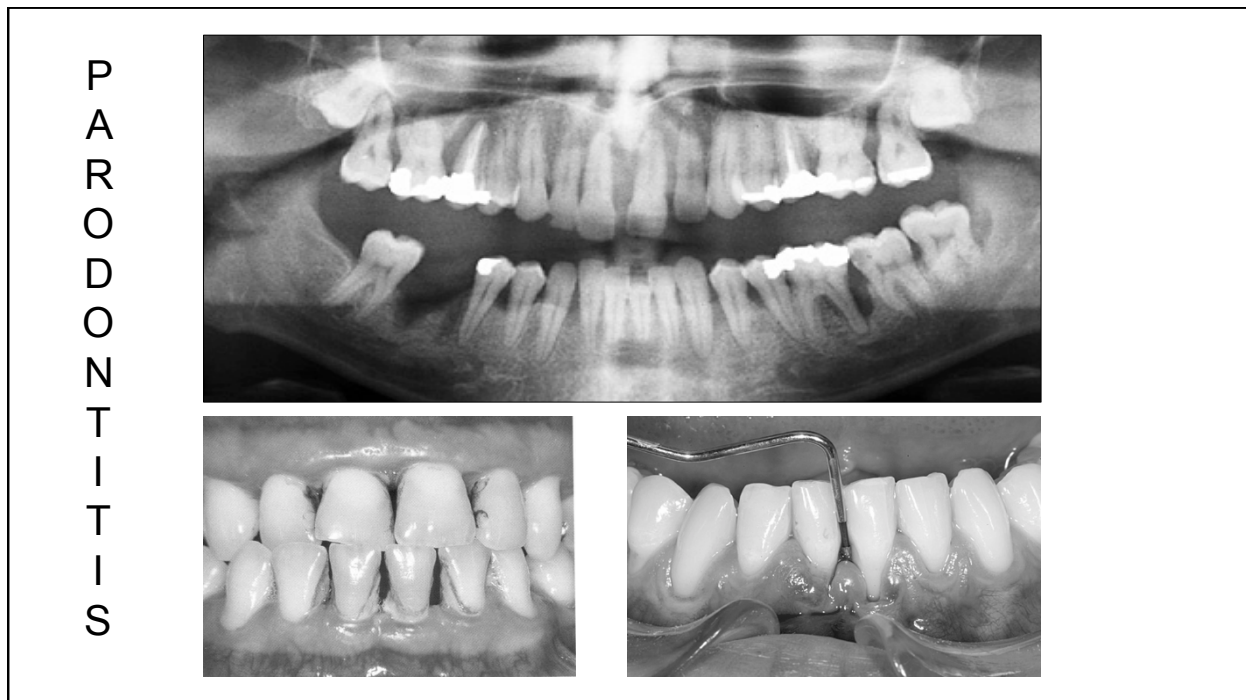
Parodontale
und
gingivale
Gesundheit

Gingivitis,
plaque-
induziert

Gingivale
Erkrank-
ungen:
nicht-
plaque-
induziert









STAGING =
ERKRANKUNGSSTADIUM

GRADING =
FORTSCHREITEN DER
ERKRANKUNG IN DER ZUKUNFT





STAGING =
ERKRANKUNGSSTADIUM

Schweregrad der Erkrankung
bei Erstvorstellung

Zu erwartende Komplexität
der Behandlung






GRADING

Risiko für zukünftige Progression

Kriterien:
Erkrankungsprogression
in der Vergangenheit



STAGING = ERKRANKUNGSSTADIUM

Schweregrad der Erkrankung
bei Erstvorstellung

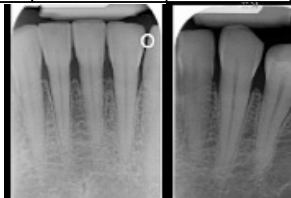


Zu erwartende Komplexität
der Behandlung

GRADING

Risiko für zukünftige Progression

Kriterien:
Erkrankungsprogression
in der Vergangenheit

Parodontitis Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schwere-grad	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Röntgenologischer Knochenabbau	Koronaes Drittel < 15%	Koronaes Drittel 15-33%	Mittleres bis apikales Drittel	Mittleres bis apikales Drittel
	Zahnverlust	Kein Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≤ 4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≥ 5 Zähnen
Komplexität	Lokal	ST ≤ 4mm Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	ST 4-5mm Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	Zusätzlich zu Stadium II: Sondierungstiefe ≥ 6mm Vertikaler Knochenabbau ≥ 3mm Furkationsbefall Grad II oder III Moderater Kammdefekt	Zusätzlich zur Stadium III: komplexe, interdisziplinäre Rehabilitation notwendig aufgrund von: •Mastikatorischer Dysfunktion •Sekundärem okklusalen Trauma •(Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2) •Ausgeprägtem Kammdefekt •Verlust der Bisshöhe, Zahnwanderungen, Auffächerung der Front •< 20 Restzähne mit 10 okkludierenden Paaren
Ausdehnung und Verteilung	Wird zur genaueren Beschreibung des Staging verwendet	Für jedes Stadium Ausdehnung als lokalisiert (< 30% der Zähne), generalisiert oder als Molaren/Inzisiven Muster beschreiben			

Parodontitis Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schwere-grad	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Röntgenologischer Knochenabbau	Koronaes Drittel < 15%	Koronaes Drittel 15-33%	Mittleres bis apikales Drittel	Mittleres bis apikales Drittel
					

Parodontitis Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schwere-grad	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Röntgenologischer Knochenabbau	Koronales Drittel < 15%	Koronales Drittel 15-33%	Mittleres bis apikales Drittel	Mittleres bis apikales Drittel

↓

Klinischer Attachmentverlust = Zahnfleischrückgang + Taschentiefe

Rezession	0 0 0	3 3 3	3 2 3	3 1 3	4 0 3	3 0 4	4 3 4	3 0 2	2 3 3	3 2 3	3 4 5	6 3 3
Taschentiefe	3 3 3	4 2 1	1 1 2	3 2 3	4 2 2	3 1 2	2 1 1	2 1 3	2 1 4	3 2 4	6 1 3	3 2 2
Veränderung	↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑

Zahn # 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Parodontitis Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schwere-grad	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Röntgenologischer Knochenabbau	Koronales Drittel < 15%	Koronales Drittel 15-33%	Mittleres bis apikales Drittel	Mittleres bis apikales Drittel
	Zahnverlust	Kein Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≤ 4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≥ 5 Zähnen



KANN NUR ZU EINEM SCHLECHTEREN STADIUM FÜHREN!

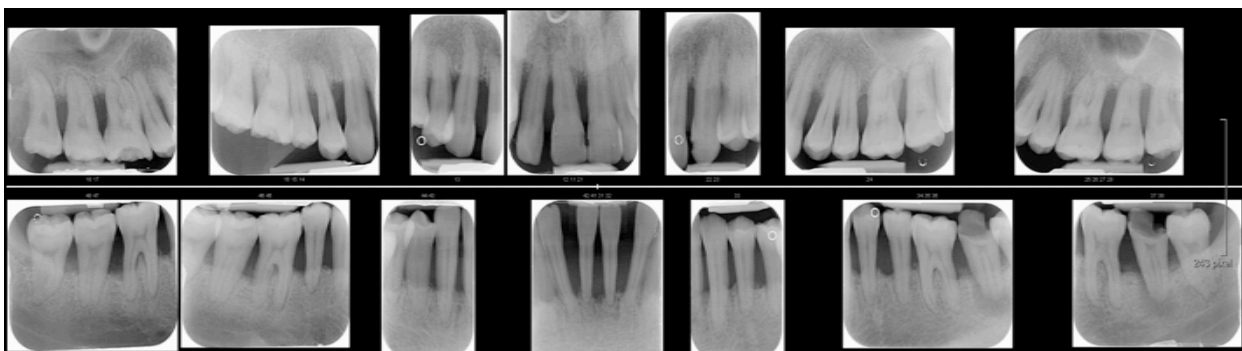
Parodontitis Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schwere-grad	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Röntgenologischer Knochenabbau	Koronaales Drittel < 15%	Koronaales Drittel 15-33%	Mittleres bis apikales Drittel	Mittleres bis apikales Drittel
	Zahnverlust	Kein Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≤ 4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≥ 5 Zähnen
Komplexität		ST ≤ 4mm	ST 4-5mm	Zusätzlich zu Stadium II: ST ≥ 6mm Vertikaler Knochenabbau Furkationsbefall Grad II oder III	Zusätzlich zur Stadium III: komplexe, interdisziplinäre Rehabilitation notwendig: •Mastikatorischer Dysfunktion •Sekundärem okklusalen Trauma •(Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2) •Ausgeprägtem Kammdefekt •Verlust der Bisshöhe, Zahnwanderungen, Auffächerung der Front •< 20 Restzähne mit 10 okkludierenden Paaren

Parodontitis Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schwere-grad	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Röntgenologischer Knochenabbau	Koronaales Drittel < 15%	Koronaales Drittel 15-33%	Mittleres bis apikales Drittel	Mittleres bis apikales Drittel
	Zahnverlust	Kein Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≤ 4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≥ 5 Zähnen
Komplexität	Lokal	ST ≤ 4mm Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	ST 4-5mm Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	Zusätzlich zu Stadium II: Sondierungstiefe ≥ 6mm Vertikaler Knochenabbau ≥ 3mm Furkationsbefall Grad II oder III Moderater Kammdefekt	Zusätzlich zur Stadium III: komplexe, interdisziplinäre Rehabilitation notwendig aufgrund von: •Mastikatorischer Dysfunktion •Sekundärem okklusalen Trauma •(Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2) •Ausgeprägtem Kammdefekt •Verlust der Bisshöhe, Zahnwanderungen, Auffächerung der Front •< 20 Restzähne mit 10 okkludierenden Paaren
Ausdehnung und Verteilung		Für jedes Stadium Ausdehnung als lokalisiert (< 30% der Zähne), generalisiert oder als Molaren/Inzisen Muster beschreiben			

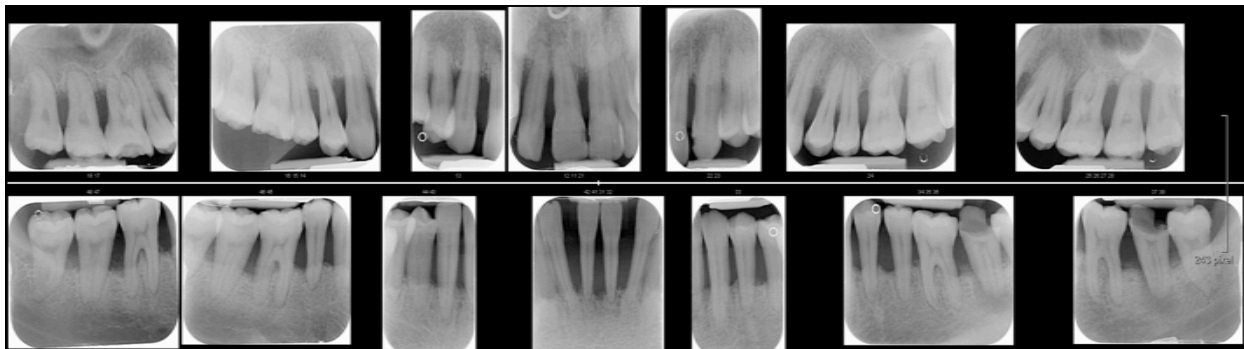
KLASSIFIKATION NACH AUSDEHNUNG

- Lokalisiert: < 30% betroffene Stellen
- Generalisiert: > 30% betroffene Stellen
- Molaren/Inzisiven Muster

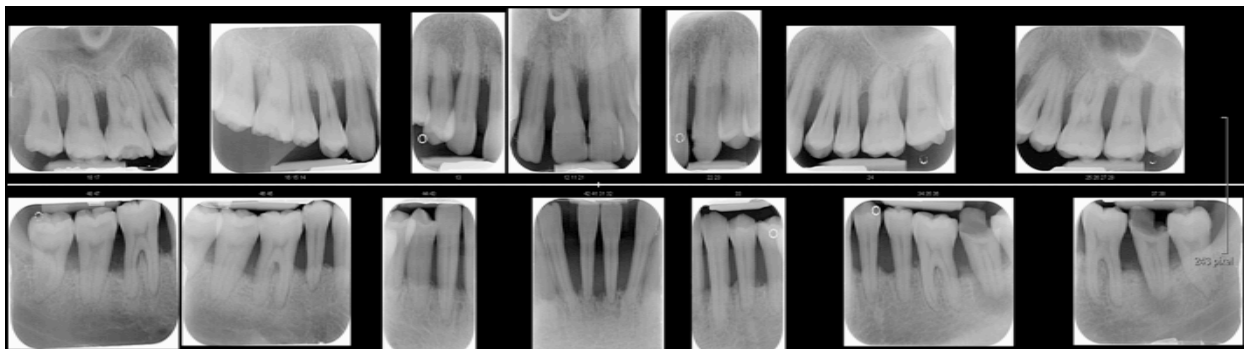
Lokalisierte Parodontitis mit Beginn im Teenageralter und parodontalem Attachmentverlust an den ersten Molaren und Inzisiven



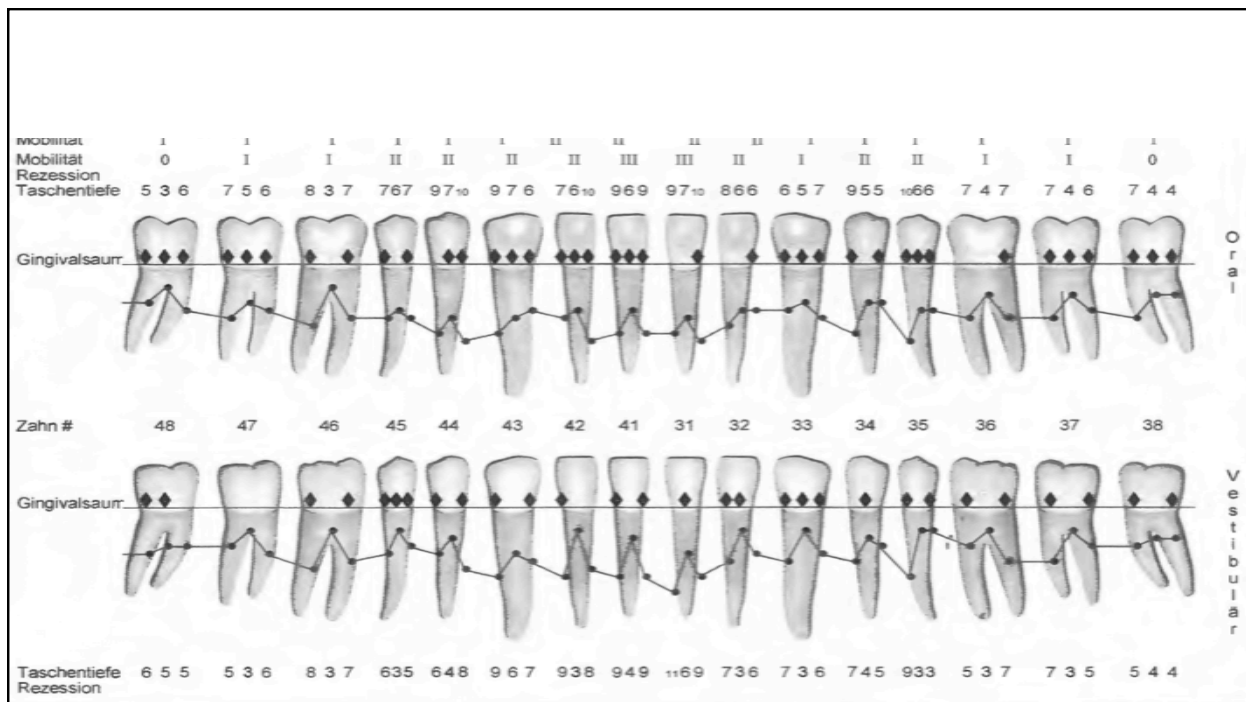
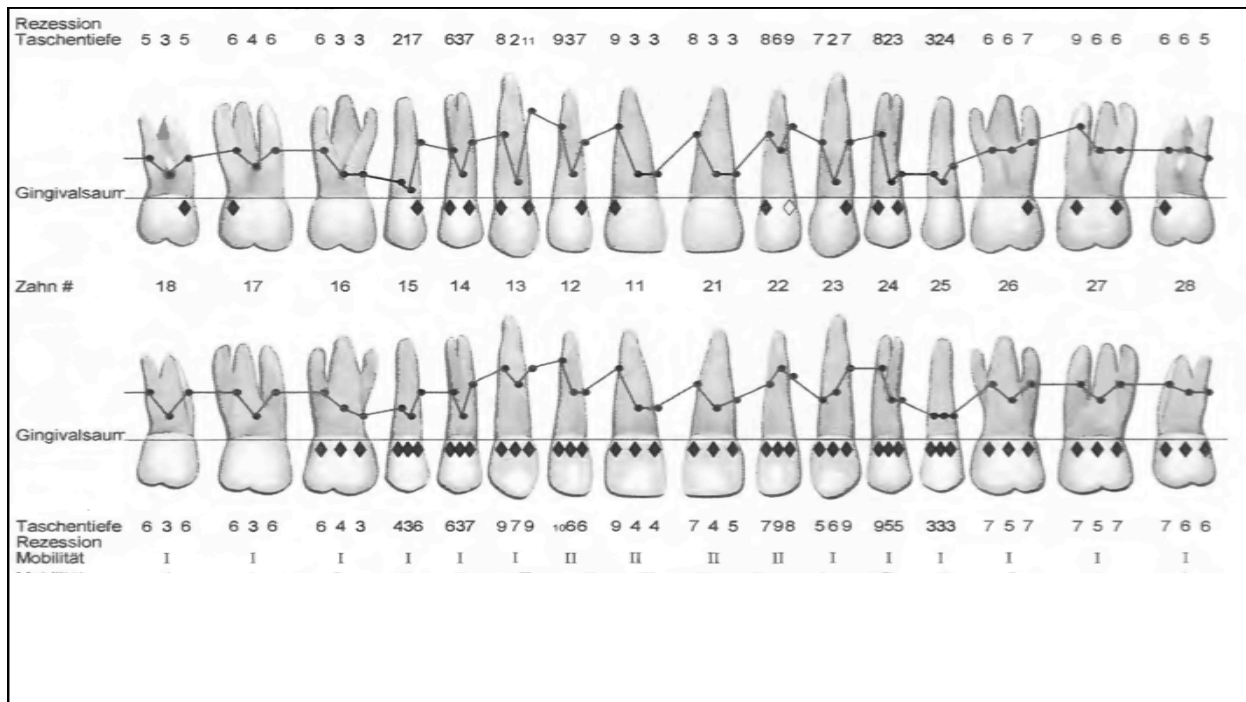
Parodontitis Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
Schwere-grad	Röntgenologischer Knochenabbau	Koronales Drittel < 15%	Koronales Drittel 15-33%	Mittleres bis apikales Drittel	Mittleres bis apikales Drittel
	Zahnverlust	Kein Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≤ 4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≥ 5 Zähnen





Parodontitis Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schwere-grad	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Röntgenologischer Knochenabbau	Koronaales Drittel < 15%	Koronaales Drittel 15-33%	Mittleres bis apikales Drittel	Mittleres bis apikales Drittel
	Zahnverlust	Kein Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≤ 4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≥ 5 Zähnen



Parodontitis Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schwere-grad	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Röntgenologischer Knochenabbau	Koronaales Drittel < 15%	Koronaales Drittel 15-33%	Mittleres bis apikales Drittel	Mittleres bis apikales Drittel
	Zahnverlust	Kein Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≤ 4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≥ 5 Zähnen



Parodontitis Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schwere-grad	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Röntgenologischer Knochenabbau	Koronaes Drittel < 15%	Koronaes Drittel 15-33%	Mittleres bis apikales Drittel	Mittleres bis apikales Drittel
	Zahnverlust	Kein Zahnverlust		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≤ 4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis ≥ 5 Zähnen
Komp				Zusätzlich zu Stadium II: Sondierungstiefe ≥ 6mm Vertikaler Knochenabbau ≥ 3mm Furkationsbefall Grad II oder III Moderater Kammdefekt	Zusätzlich zur Stadium III: komplexe, interdisziplinäre Rehabilitation notwendig aufgrund von: •Mastikatorischer Dysfunktion •Sekundärem okklusalen Trauma • Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2 •Ausgeprägtem Kammdefekt •Verlust der Bisshöhe, Zahnwanderungen, Auffächerung der Front •< 20 Restzähne mit 10 okkludierenden Paaren
Ausdehnung und Verteilung	Wird zur genaueren Beschreibung des Staging verwendet	Für jedes Stadium Ausdehnung als lokalisiert (< 30% der Zähne), generalisiert oder als Molaren/Inzisiven Muster beschreiben			



STAGING =
ERKRANKUNGSSTADIUM

Schweregrad der Erkrankung bei Erstvorstellung

Zu erwartende Komplexität der Behandlung

GRADING

Risiko für zukünftige Progression

RISIKO FÜR PROGRESSION???

Parodontitis GRADING			Grad A: Langsame Progression	Grad B: Moderate Progression	Grad C: Rasche Progression
Primäre Kriterien	Direkte Evidenz	Longitudinale Daten	Kein Verlust	< 2 mm über 5 Jahre	≥ 2 mm über 5 Jahre

Über einen längeren Zeitraum



Alter: 19 Jahre



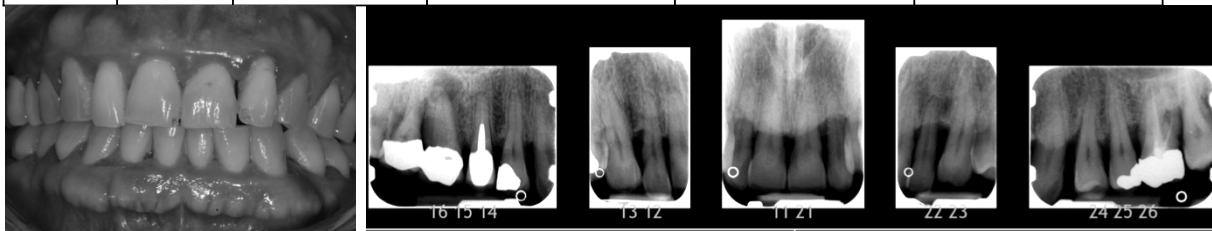
Alter: 23 Jahre

RISIKO FÜR PROGRESSION???

Parodontitis GRADING			Grad A: Langsame Progression	Grad B: Moderate Progression	Grad C: Rasche Progression
Primäre Kriterien	Direkte Evidenz	Longitudinale Daten	Kein Verlust	< 2 mm über 5 Jahre	≥ 2 mm über 5 Jahre
	Indirekte Evidenz	Knochenabbau % / Alter	< 0,25	0,25-1,00	> 1,00
		Phänotyp	Viel Biofilm, wenig Abbau	Zerstörung proportional zum Biofilm	Größere Zerstörung, als Biofilm-Ablagerungen erwarten lassen

RISIKO FÜR PROGRESSION???

Parodontitis GRADING			Grad A: Langsame Progression	Grad B: Moderate Progression	Grad C: Rasche Progression
Primäre Kriterien	Direkte Evidenz	Longitudinale Daten	Kein Verlust	< 2 mm über 5 Jahre	≥ 2 mm über 5 Jahre
	Indirekte Evidenz	Knochenabbau % / Alter	< 0,25	0,25-1,00	> 1,00
		Phänotyp	Viel Biofilm, wenig Abbau	Zerstörung proportional zum Biofilm	Größere Zerstörung, als Biofilm-Ablagerungen erwarten lassen




RISIKO FÜR PROGRESSION???

Parodontitis GRADING			Grad A: Langsame Progression	Grad B: Moderate Progression	Grad C: Rasche Progression
Primäre Kriterien	Direkte Evidenz	Longitudinale Daten	Kein Verlust	< 2 mm über 5 Jahre	≥ 2 mm über 5 Jahre
	Indirekte Evidenz	Knochenabbau % / Alter	< 0,25	0,25-1,00	> 1,00
		Phänotyp	Viel Biofilm, wenig Abbau	Zerstörung proportional zum Biofilm	Größere Zerstörung, als Biofilm-Ablagerungen erwarten lassen



RISIKO FÜR PROGRESSION???

Parodontitis GRADING			Grad A: Langsame Progression	Grad B: Moderate Progression	Grad C: Rasche Progression
Primäre Kriterien	Direkte Evidenz	Longitudinale Daten	Kein Verlust	< 2 mm über 5 Jahre	≥ 2 mm über 5 Jahre
	Indirekte Evidenz	Knochenabbau % / Alter	< 0,25	0,25-1,00	> 1,00
		Phänotyp	Erheblicher Biofilm	Zerstörung proportional zum Biofilm	Größere Zerstörung, als Biofilm-Ablagerungen erwarten lassen
Modifikatoren	Risikofaktoren	Rauchen	Nichtraucher	Raucher < 10 Zig./Tag	Raucher ≥ 10 Zig./Tag
		Diabetes	Kein Diabetiker (normoglykämisch)	HbA1c < 7,0% bei Patienten mit Diabetes	HbA1c ≥ 7,0 % bei Patienten mit Diabetes



Parodontal-Befund
nach Therapie

PAZIENTEN-NR.: Marina Ormer
Geburtsdatum: 12.08.07.09
Vergleich mit Untersuchung vom: 09.08.07.14.09

Quadrant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	

Diagnose

1. Gingivitis

2. Parodontitis

3. ...

RISIKO FÜR PROGRESSION???

Komplexe Erkrankung



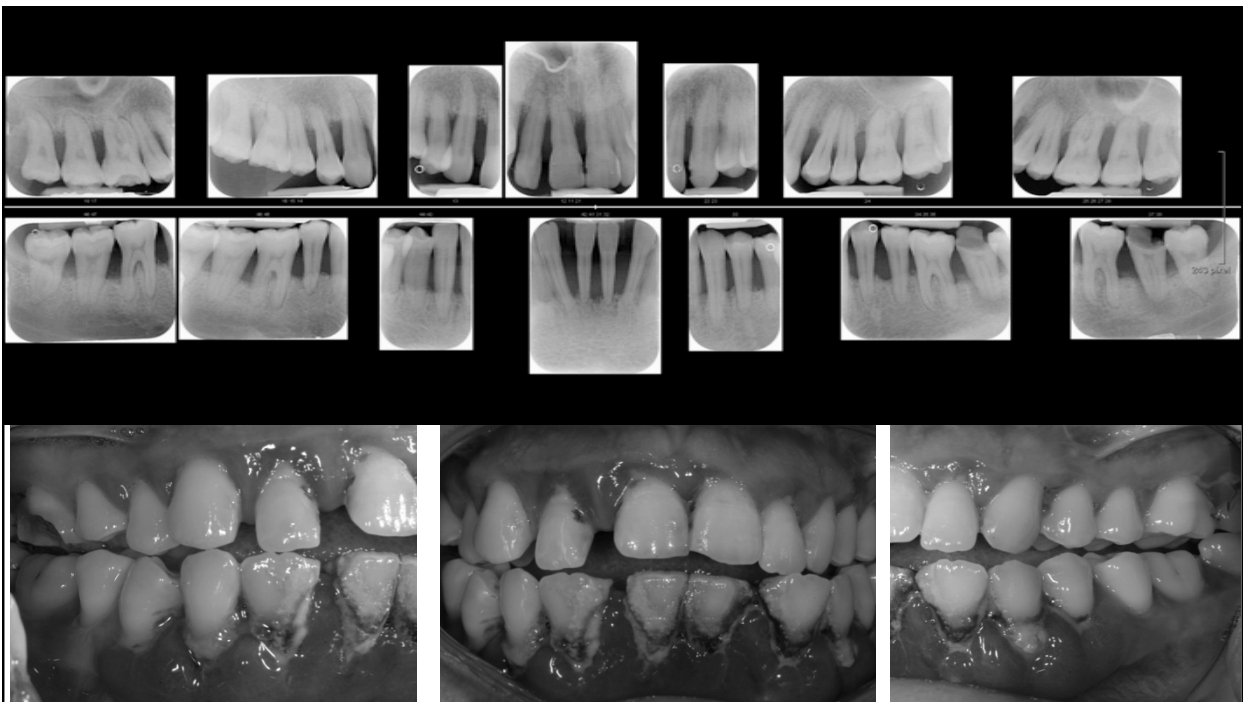
RISIKO FÜR PROGRESSION???

Parodontitis GRADING			Grad A: Langsame Progression	Grad B: Moderate Progression	Grad C: Rasche Progression
Primäre Kriterien	Direkte Evidenz	Longitudinale Daten	Kein Verlust	< 2 mm über 5 Jahre	≥ 2 mm über 5 Jahre
	Indirekte Evidenz	Knochenabbau(%)/Alter	< 0,25	0,25-1,00	> 1,00
		Phänotyp	Erheblicher Biofilm	Zerstörung proportional zum Biofilm	Größere Zerstörung, als Biofilm-Ablagerungen erwarten lassen
Modifikatoren	Risikofaktoren	Rauchen	Nichtraucher	Raucher < 10 Zig./Tag	Raucher ≥ 10 Zig./Tag
		Diabetes	Kein Diabetiker, normoglykämisch	HbA1c < 7,0% bei Patienten mit Diabetes	HbA1c ≥ 7,0% bei Patienten mit Diabetes

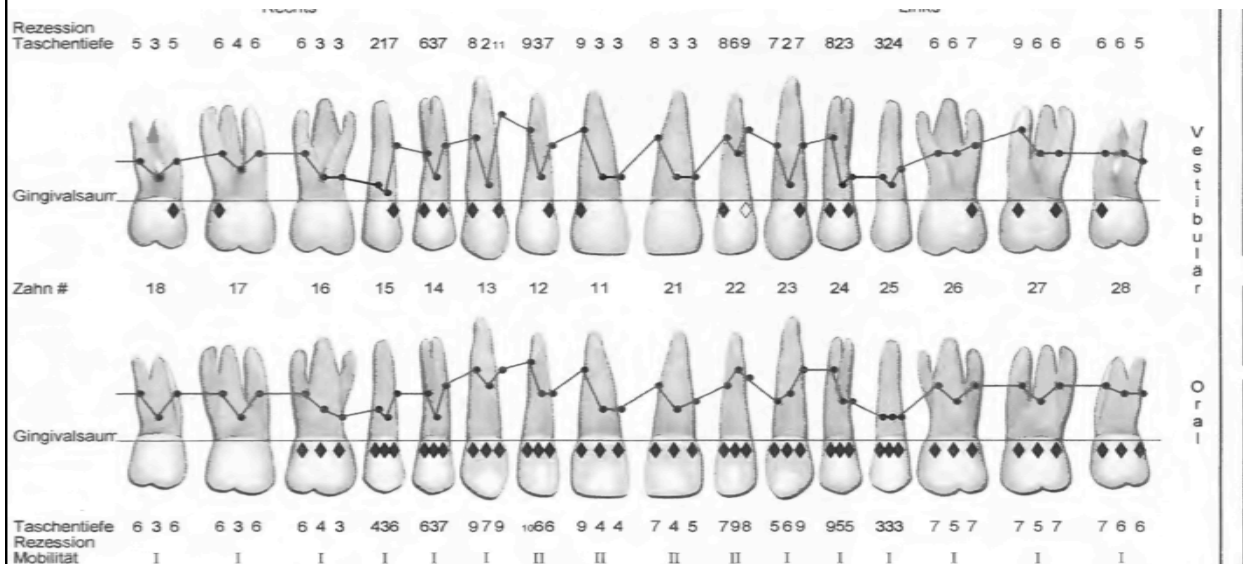
RISIKO FÜR PROGRESSION???



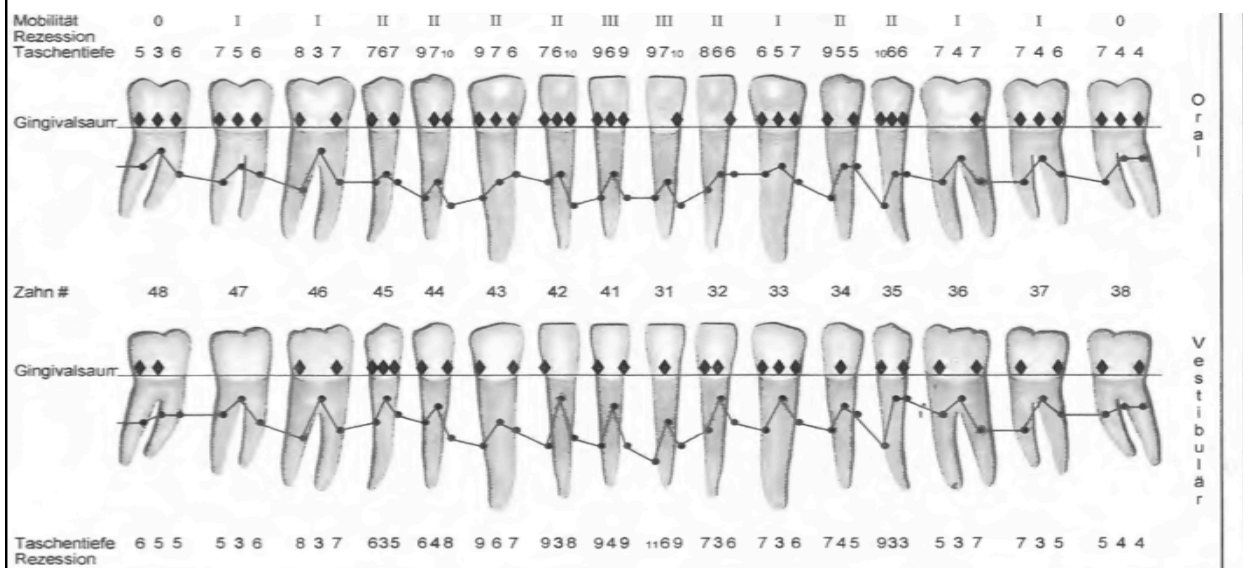
Modifikatoren	Risikofaktoren	Rauchen	Nichtraucher	Raucher < 10 Zig./Tag	Raucher ≥ 10 Zig./Tag
		Diabetes	Kein Diabetiker (normoglykämisch)	HbA1c < 7,0% bei Patienten mit Diabetes	HbA1c ≥ 7,0 % bei Patienten mit Diabetes

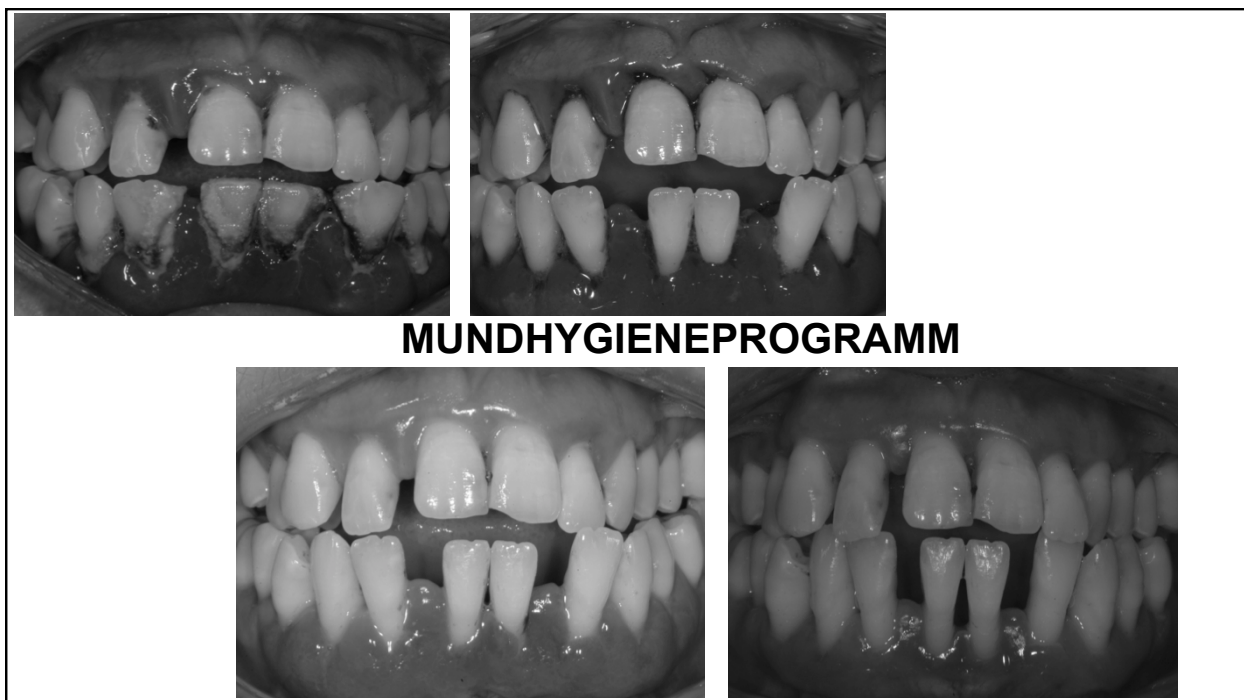


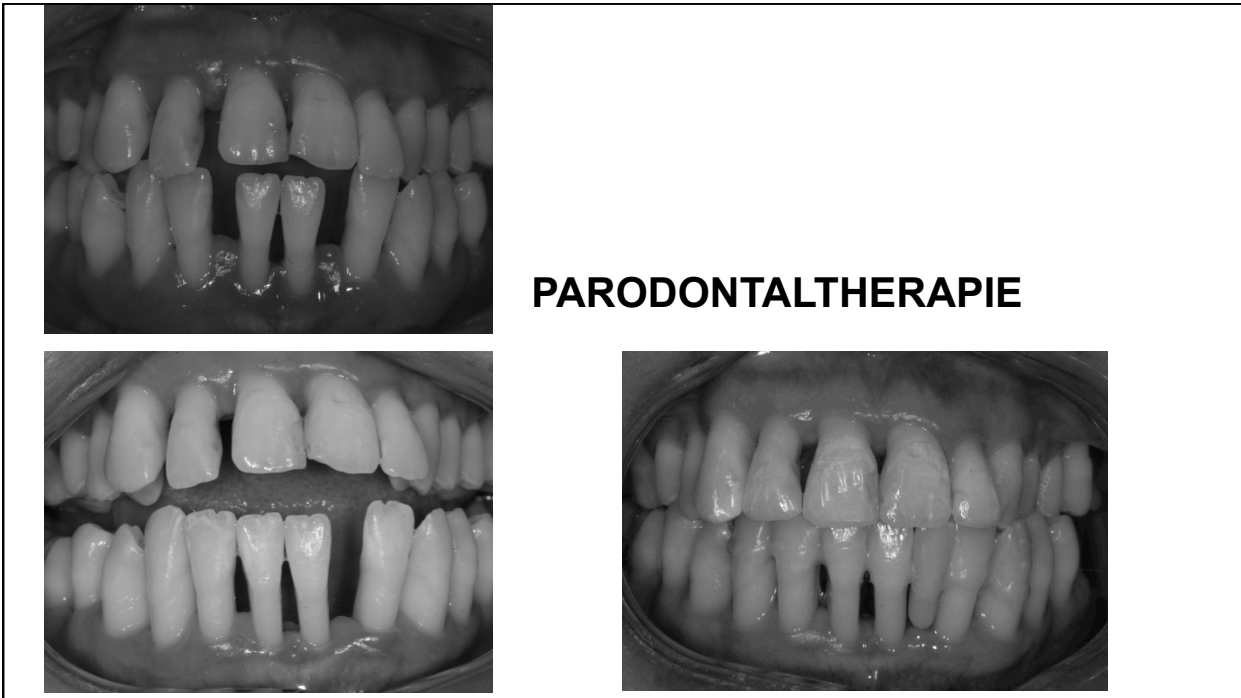
PARODONTALSTATUS OK



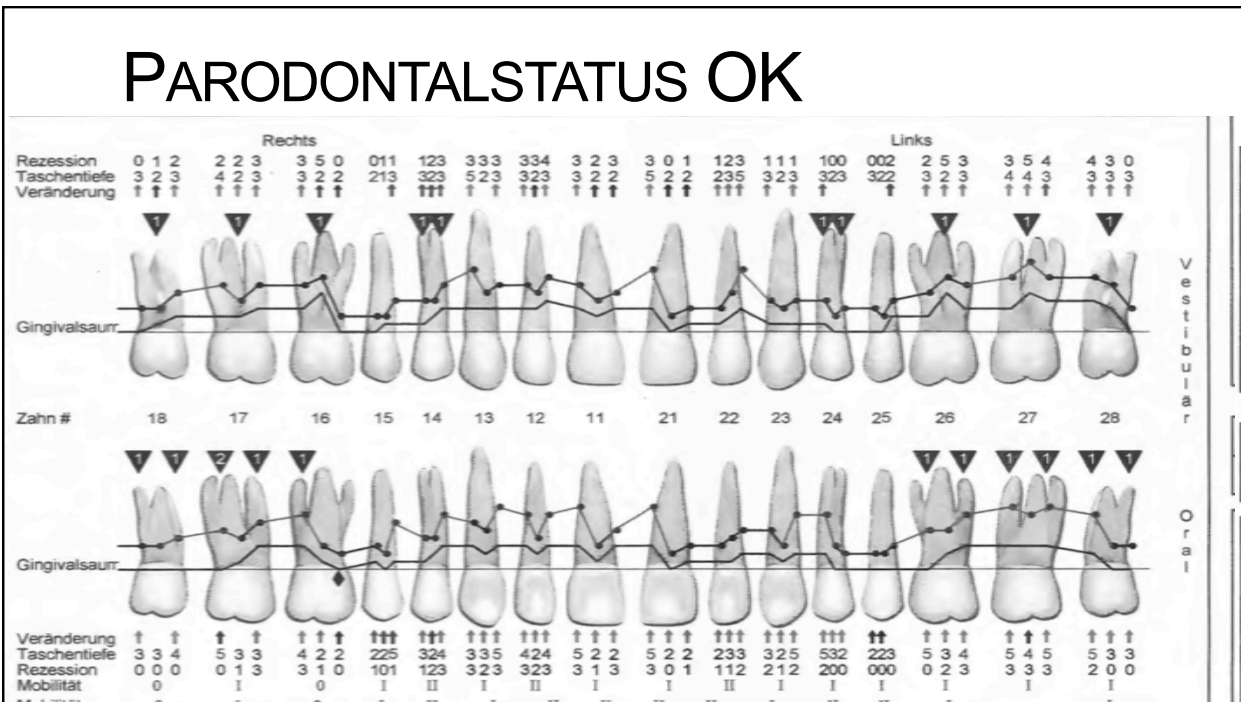
PARODONTALSTATUS UK

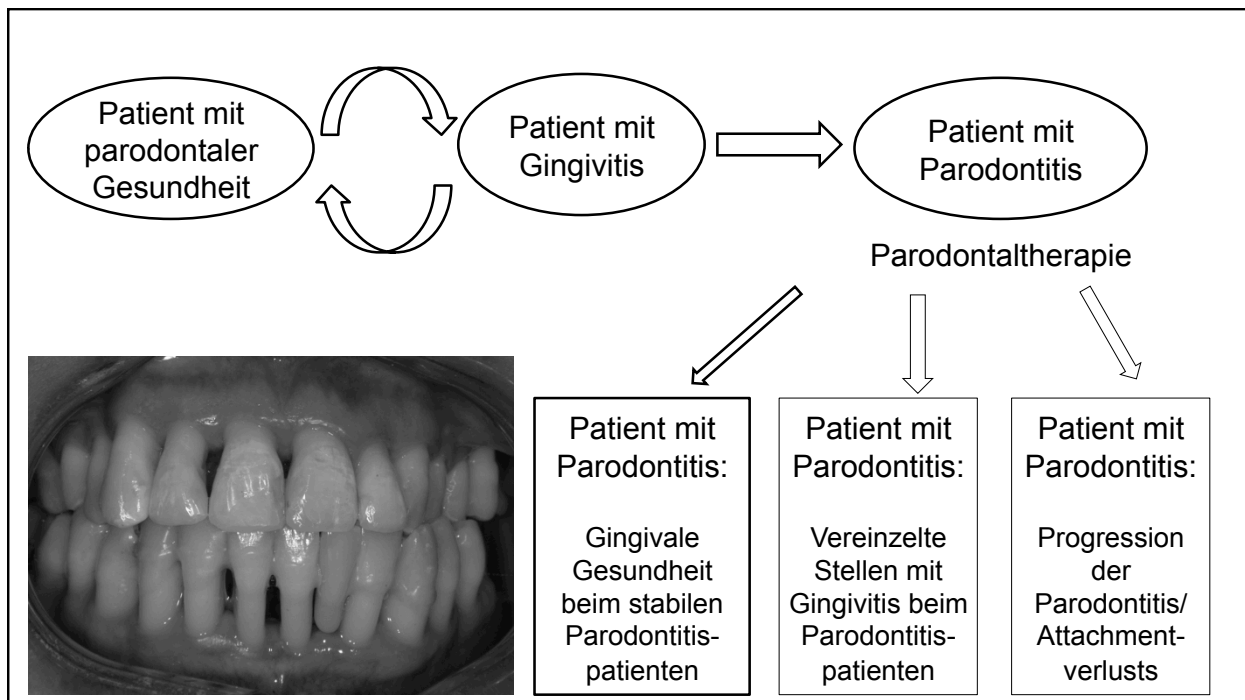
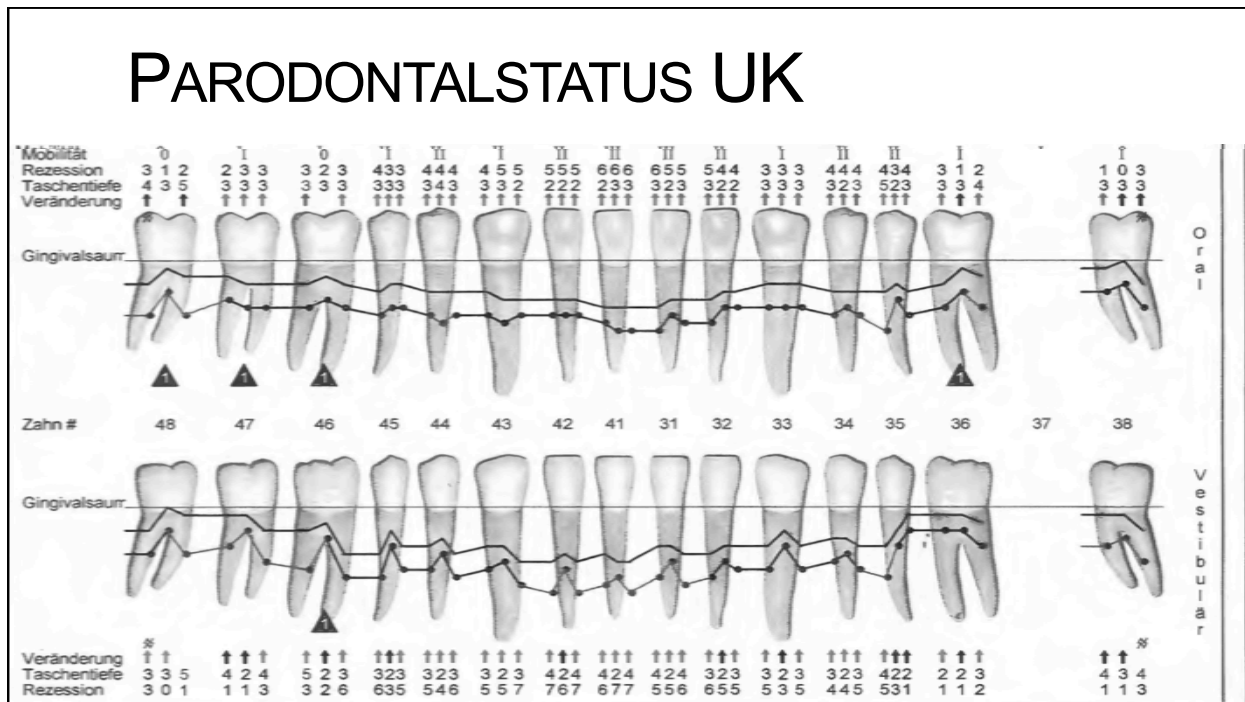


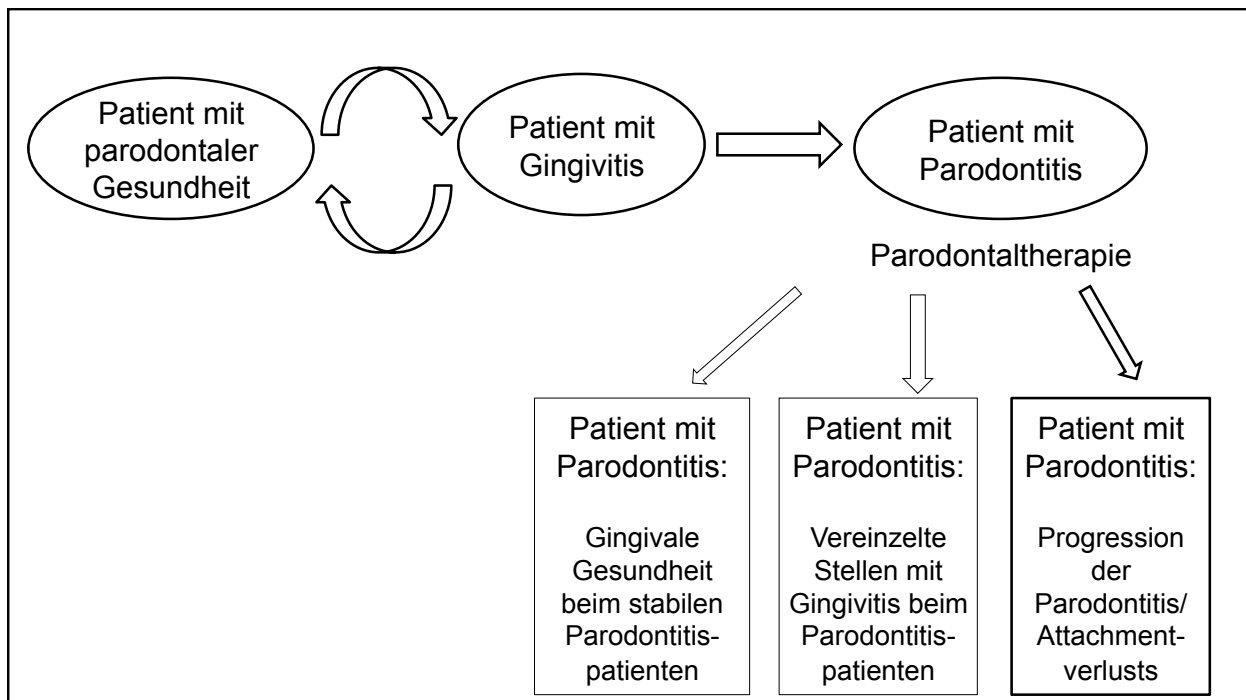
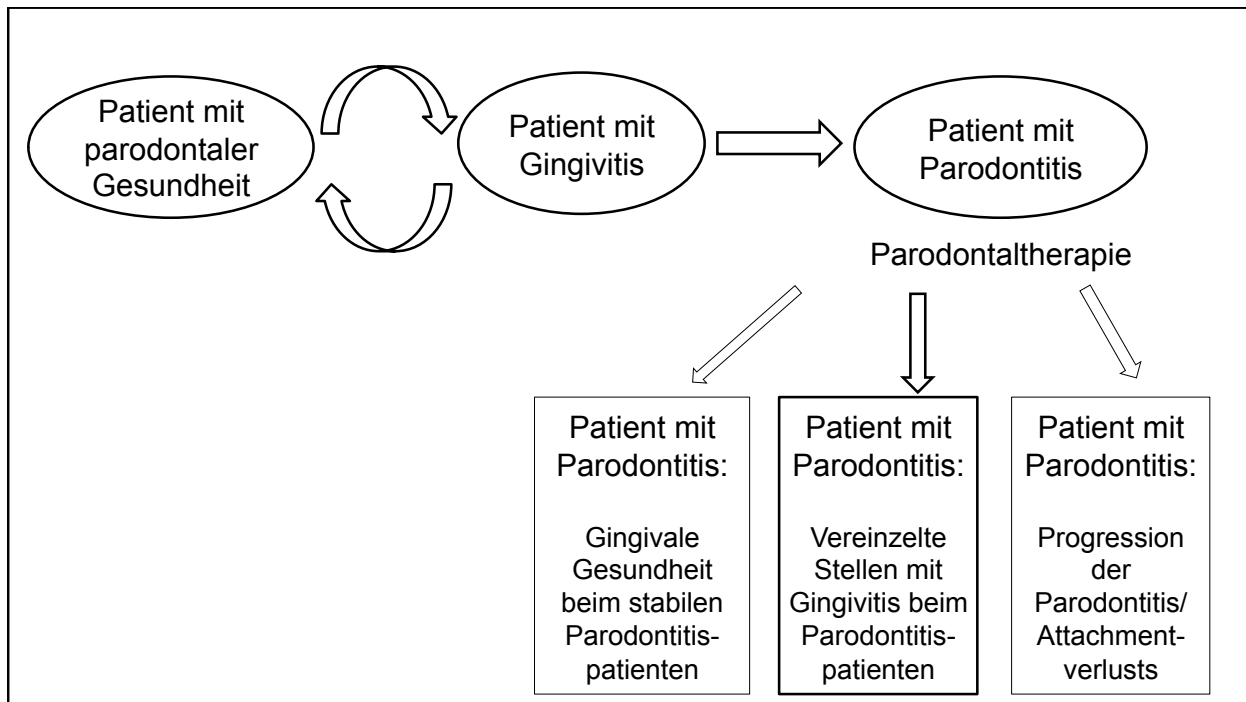


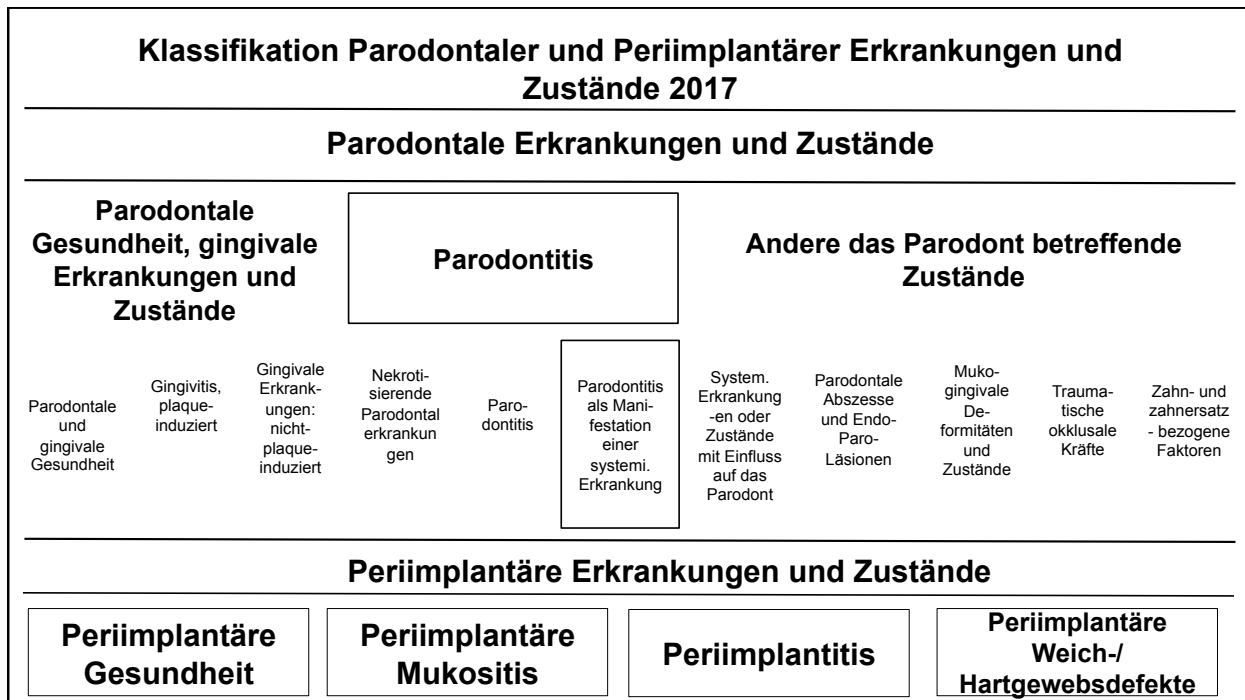


PARODONTALTHERAPIE





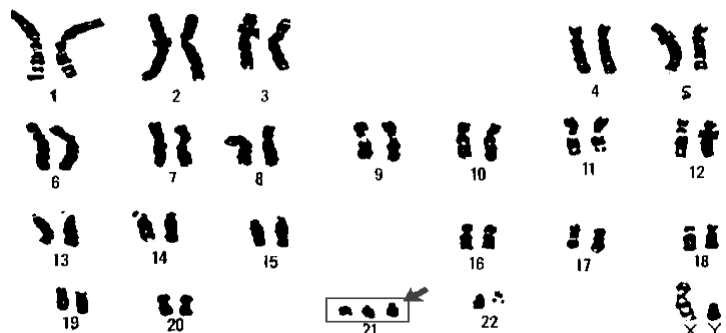


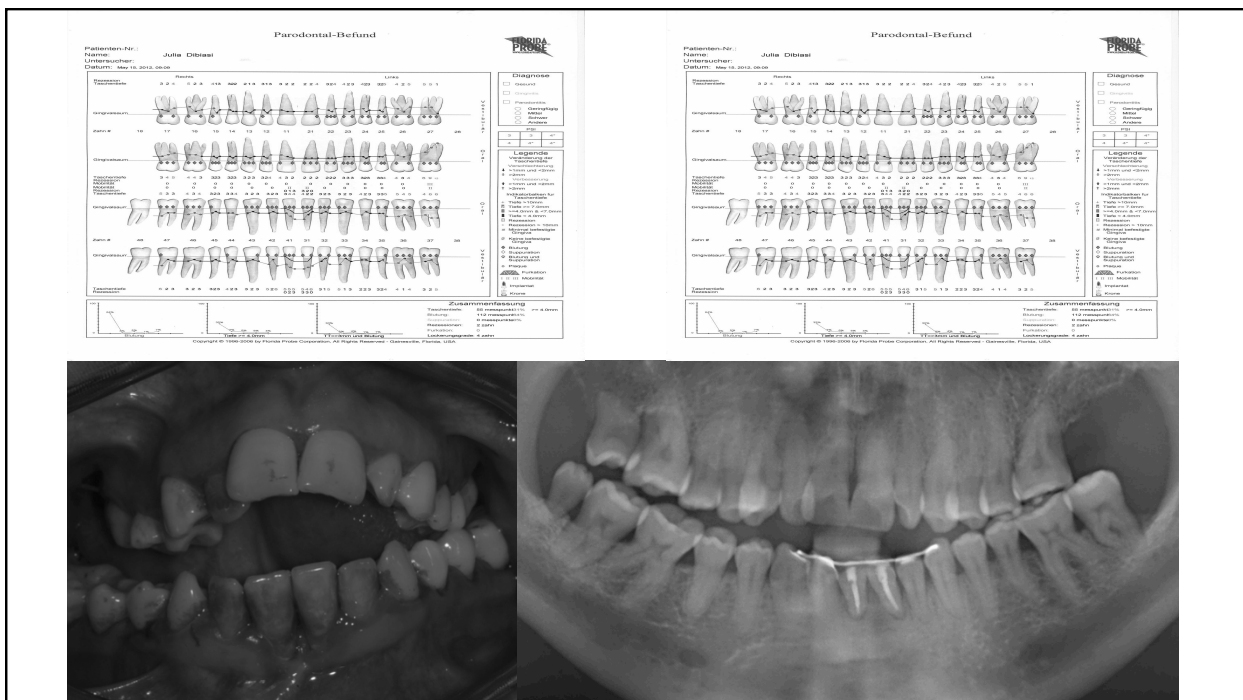
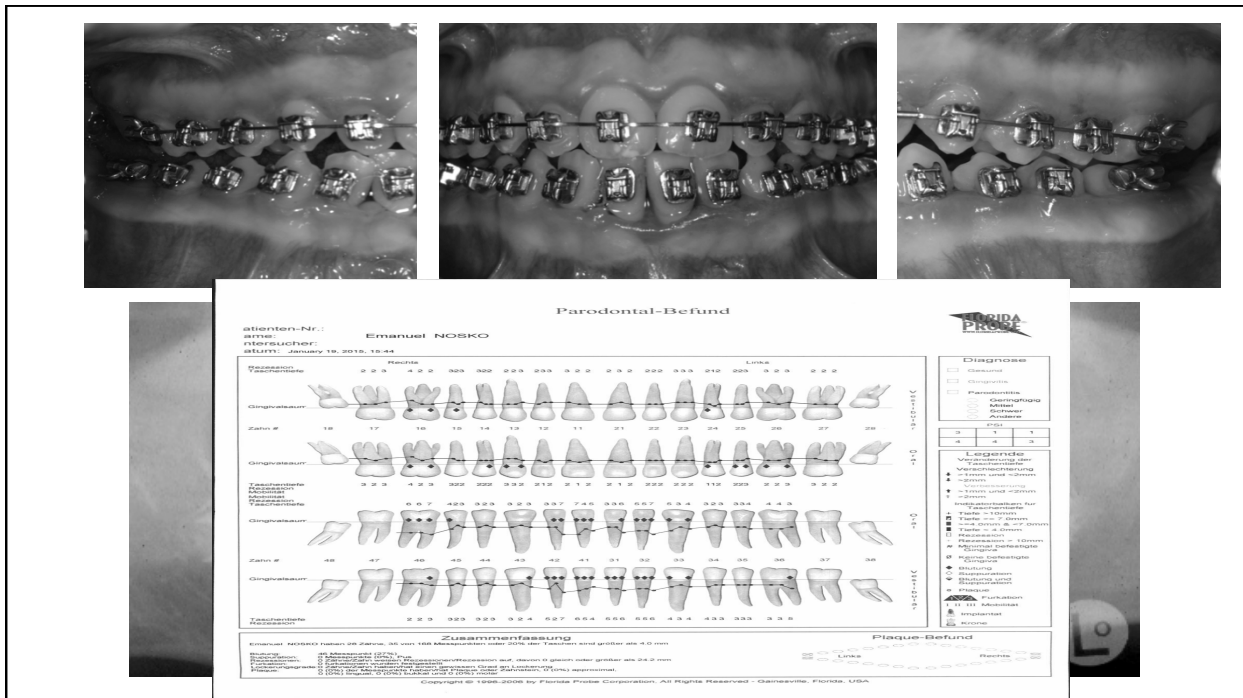


DOWN SYNDROM = TRISOMIE 21



70-96% Parodontitis im Kindesalter
→ Aktivität der Fresszellen






HERZKLAPPENFEHLER BEI DOWN-SYNDROM

40-50% der Babies mit Down Syndrom haben angeborenen Herzfehler



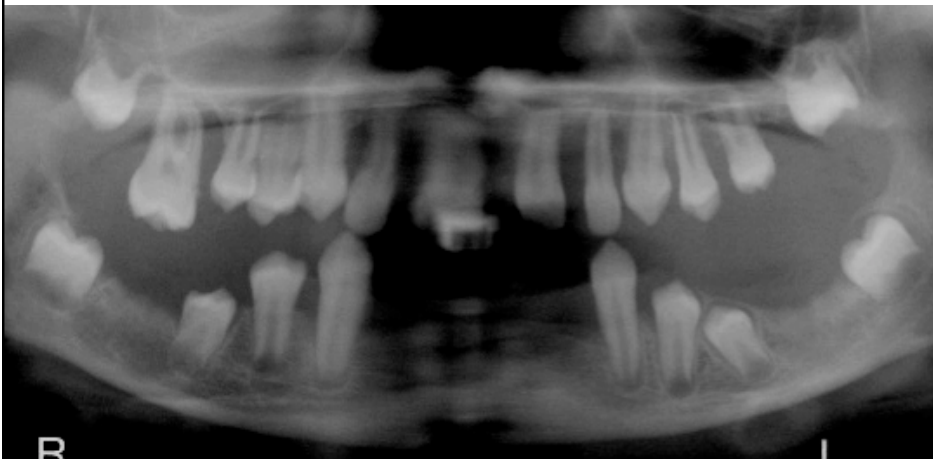
Roizen et al. J Pediatr. 2014 Apr;164(4):871-5.

ENDOKARDITISPROPHYLAXE BEI DOWN SYNDROME

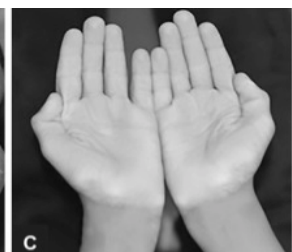
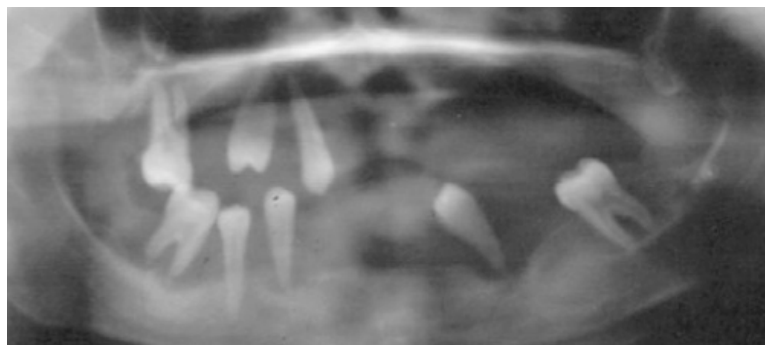
ENDOKARDITIS-PROPHYLAXE FÜR ERWACHSENE	Herzfehler, die eine antibiotische Endokarditis-Prophylaxe benötigen	E. Haut und Diverses
<p>Sie benötigen gemäss den geltenden Empfehlungen eine vorbeugende Behandlung gegen eine bakterielle Endokarditis.</p> <p>Vorname A. Name K. Geburtsdatum 22.05.1945 Herzfehler die Aortenklappe Penicillin-Allergie vom Spättyp* Ja <input type="checkbox"/> (Exanthem) Nein <input type="checkbox"/> Penicillin-Allergie vom Soforttyp** Ja <input type="checkbox"/> (Urticaria, Angioödem, Bronchospasmus, Anaphylaxie) Nein <input type="checkbox"/> Arzt Prof. Herzklinik Hirslanden Datum 20.05.2015</p> <p> Schweizerische Herzstiftung <small>Aktiv gegen Herzkreislauferkrankungen und Forschung</small></p>	<p>1. Patienten mit Klappenersatz (mechanische oder biologische Prothesen oder Homografts) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Patienten nach durchgemachter Endokarditis <input type="checkbox"/></p> <p>3. Patienten mit/nach rekonstruierten Herzklappen a. unter Verwendung von Fremdmaterial für die Dauer von 6 Monaten nach Intervention b. mit paravalvulärem Leck <input type="checkbox"/></p> <p>4. Patienten mit angeborenen Vitien <input type="checkbox"/> a. unkorrigierte zyanotische Vitien sowie mit palliativem aortopulmonalem Shunt oder Coduit b. korrigierte Vitien mit implantiertem Fremdmaterial während den ersten 6 Monaten nach chirurgischer oder perkutaner Implantation c. korrigierte Vitien mit Residualdefekten an oder nahe bei prothetischen Patches oder Prothesen (Verhinderung der Endothelialisierung) d. Ventrikelseptumdefekt und persistierender Ductus arteriosus <input type="checkbox"/></p> <p>5. Patienten nach Herztransplantation mit einer neu aufgetretenen Valvulopathie <input type="checkbox"/></p> <p>Weiterführende Erklärung sh. Flückiger U, Jaussi A. Kardiovaskuläre Medizin 2008; 11(12): 392-400</p>	<p>Bei Eingriffen an infizierten Gewebeteilen (z. B. Abszess) ist eine Endokarditis-Prophylaxe und anschließende Therapie erforderlich. Das gewählte Antibiotikum muss gegen S. aureus (MSSA) und Streptokokken wirksam sein.</p> <p>Dosis vor Intervention zur Endokarditis-Prophylaxe, dann evtl. weitere antibiotische Therapie je nach Infektion</p> <p>1. Orale Dosis 60 Minuten vor Intervention Amoxicillin/Clavulansäure 2 g po * Cefuroxim-Axetil 1 g po ** Clindamycin 600 mg po</p> <p>oder</p> <p>1. Parenterale Dosis 30 – 60 Minuten vor Intervention Amoxicillin/Clavulansäure 2,2 g iv * Cefazolin 2 g iv ** Clindamycin 600 mg iv oder Vancomycin 1 g iv</p> <p>Cave: Alle angegebenen Antibiotikadosierungen beziehen sich auf eine normale Nieren- und Leberfunktion.</p>

PAPILLON LEFÈVRE SYNDROM

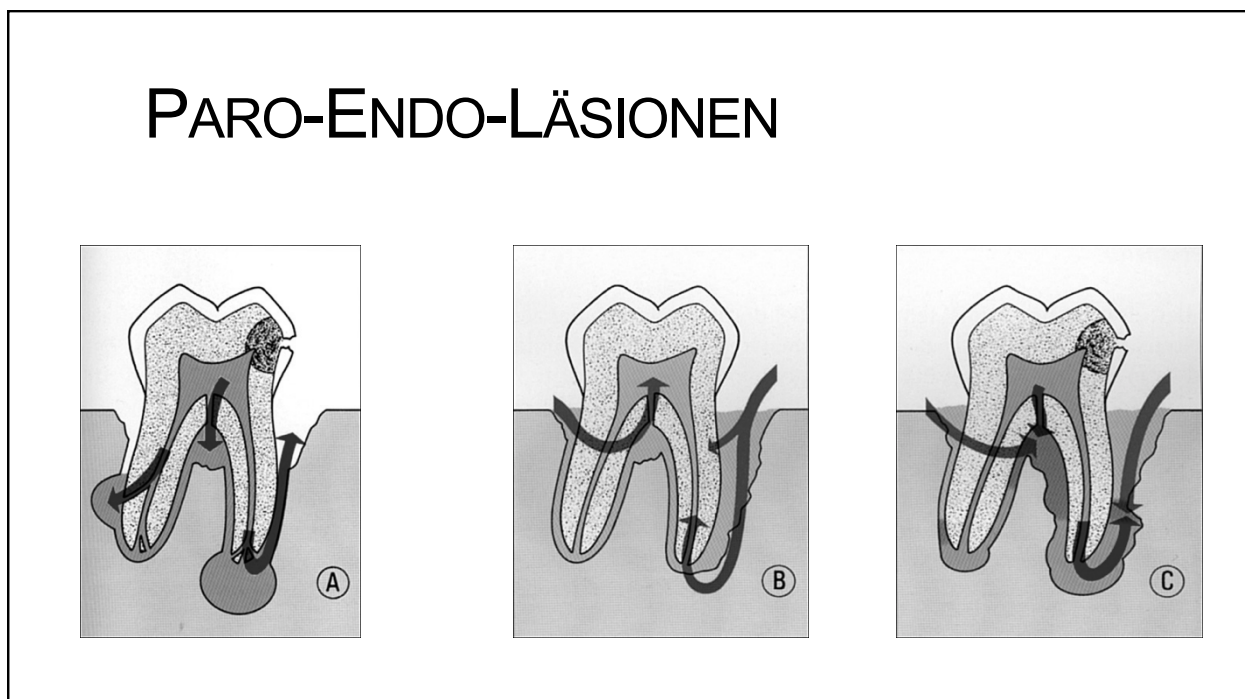
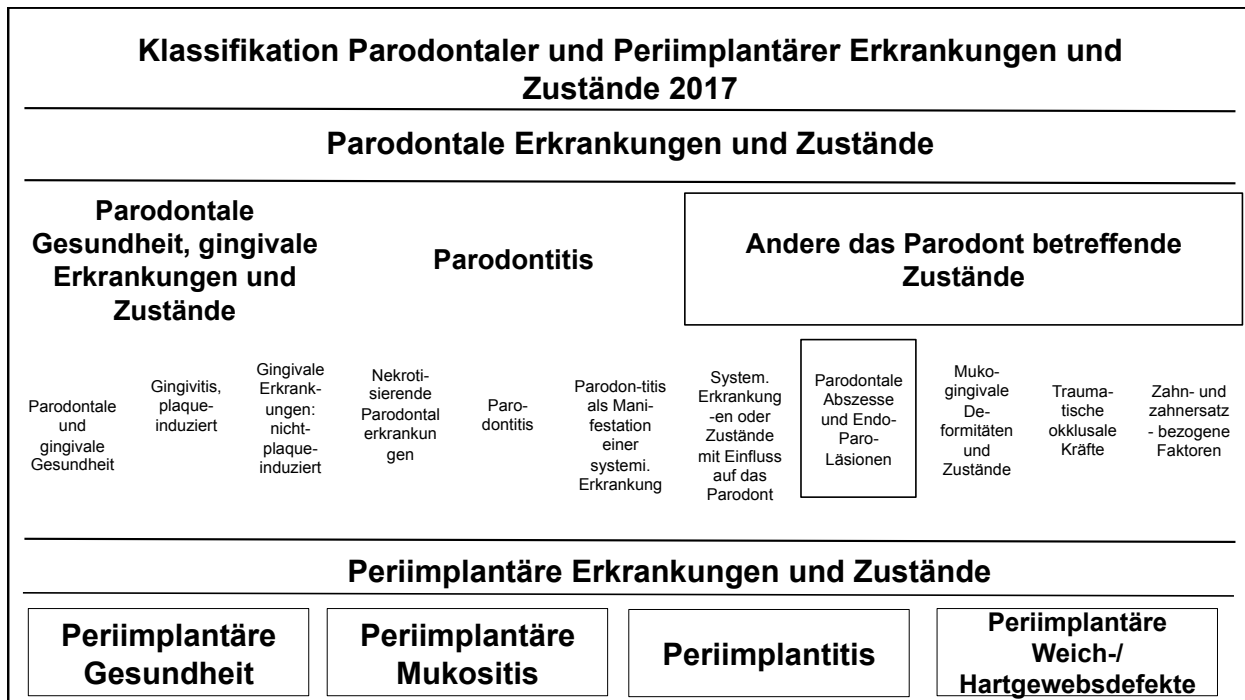
Homozygote Mutation in Cathepsin C (autosomal-rezessiv)



Patientin von Prof. Schmuth und Prof. Grunert Innsbruck



Fageeh HN. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2018 Jul-Aug; 11(4): 352–355.

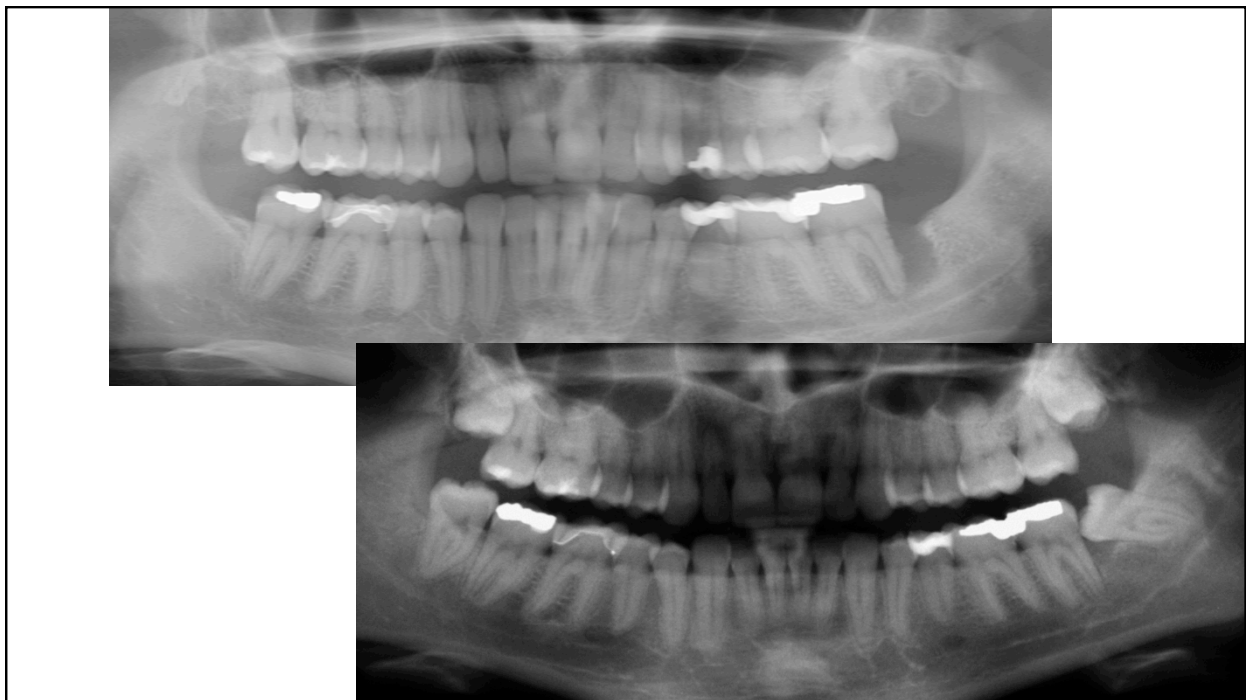


PARO-ENDO-LÄSIONEN



PARO-ENDO-LÄSIONEN

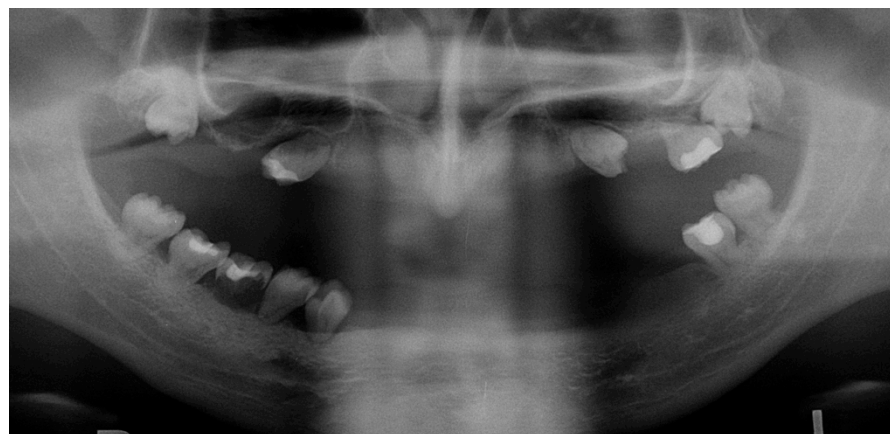




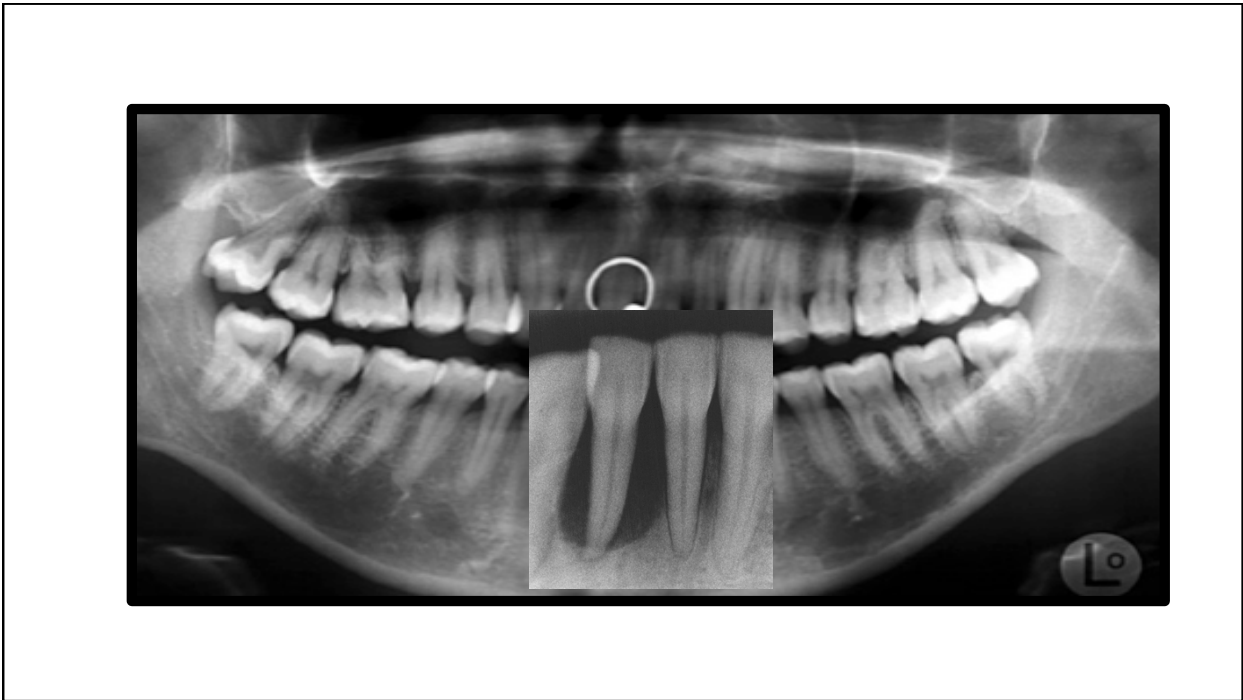
INCIDENTAL ATTACHMENT LOSS



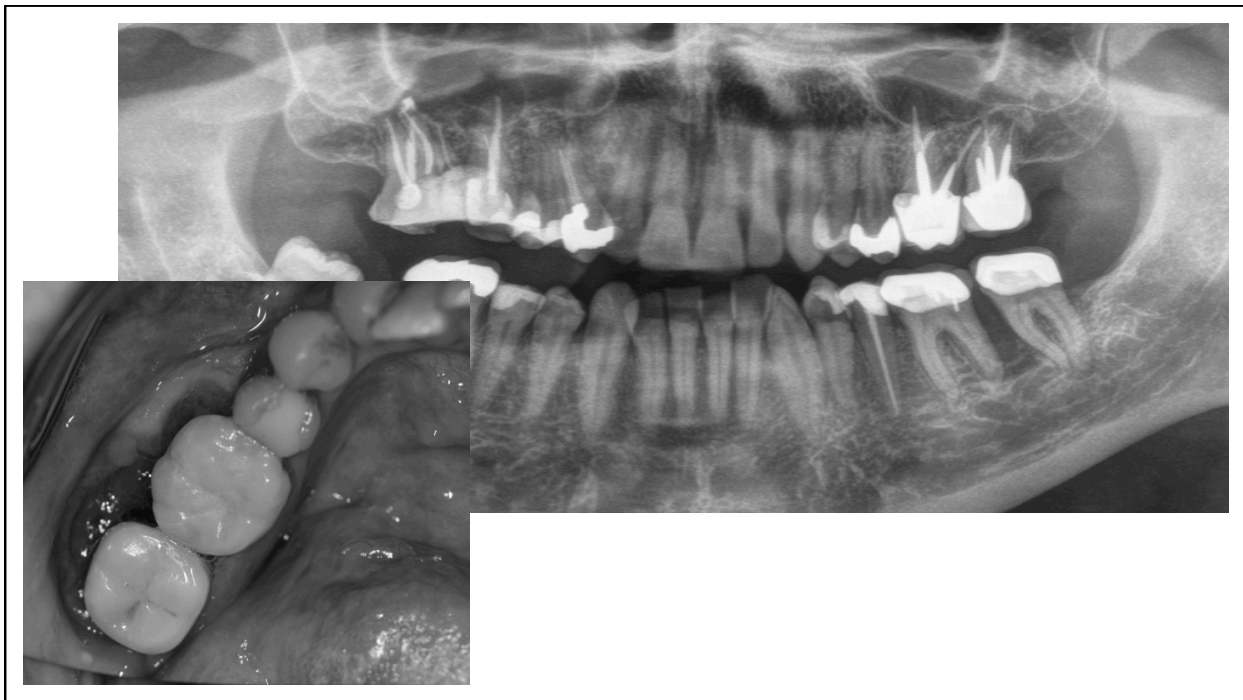
RADIKULÄRE DENTINDYSPLASIE



Michael, 13 Jahre alt (Patient Prof. Grunert)



			1,0				1,0								
2,0	3,0	3,0	7,0	9,0	6,0	7,0	7,0	2,0	2,0	1,0	3,0				
42			41			31			32						
3,0	2,0	3,0	7,0	7,0	4,0	8,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0				
			1,0	1,0		2,0	4,0								
o															o
+		+				+									+



**„KENNT IHR MICH?
ICH BIN ICH!“**

