

S3-Leitlinie Komposit

Evidenzaufbereitung für ein multifunktionales Restaurationsmaterial

Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) ist im Mai 2024 die S3-Leitlinie *Direkte Kompositrestaurationen an bleibenden Zähnen im Front- und Seitenzahnbereich* publiziert worden. Mit der S3-Leitlinie existiert für die Anwendung von Komposit jetzt erstmalig eine fundierte Aufbereitung der vorliegenden Evidenz auf Grundlage einer systematischen Literaturrecherche und -auswertung. Die bisherige S1-Handlungsempfehlung aus dem Jahr 2016 ist um die Themen Komposit im Front- und Seitenzahnbereich in allen Kavitätenklassen und für alternative Indikationen wie Höckerersatz und Zahnformkorrekturen erweitert worden.

Kompositmaterialien im Seitenzahnbereich: Erkenntnisse und Daten-Gap

In den letzten drei Jahrzehnten wurden in Deutschland bei kariesbedingten und nicht kariesbedingten Defekten zunehmend zahnfarbene Kompositmaterialien verwendet. Die klinischen Erfahrungen von Zahnärzten mit dem Füllungswerkstoff sind groß. Komposit schnitt über viele Studien hinweg für die direkte Versorgung bei Klasse I- und II-Kavitäten „nur“ gleichwertig gegenüber Amalgam, Keramik und teilweise auch Glasionomerzement ab. Einschränkend muss jedoch angemerkt werden, dass die verglichenen Kriterien Retention, Fraktur und Sekundärkaries waren, nicht jedoch Ästhetik oder Invasivität der Restauration. Zudem hatte die Zusammensetzung der Kohorten in den vorhandenen Studien – immerhin elf systematische Reviews inklusive neun Metaanalysen – einen Einfluss. Oft waren Kinder einbezogen, deren Compliance für den techniksensiblen Werkstoff Komposit manchmal nachteilig war. Bei „reinen Kompositstudien“ an Erwachsenen ohne Vergleichsrestaurationsmaterial waren die Ergebnisse deutlich besser. Dieser „Da-

ten-Gap“ führte zur evidenzbasierten Kann-Empfehlung: „Kompositrestaurationen können für die direkte Versorgung bei Klasse I- und II-Kavitäten verwendet werden“, heißt es daher in der Leitlinie.

Höckerersatz aus Komposit – Stabilität bescheinigt

Die S3-Leitlinie enthält in Erweiterung zu der bisherigen S1-Handlungsempfehlung nun auch eine evidenzbasierte Empfehlung den Höckerersatz betreffend: „Kompositrestaurationen können bei Kavitäten mit Höckerersatz im Seitenzahnbereich angewendet werden.“ Eine Empfehlung, die von den Mandatierten aller beteiligten Fachgesellschaften im Konsens verabschiedet wurde. Die Literatur bescheinigt modernen Kompositmaterialien eine adäquate Frakturresistenz und Abrasionsstabilität. Indirekte Restaurationen kommen dann in Betracht, wenn die Verlagerung eines Teils des Fertigungsprozesses nach extraoral zum Beispiel aufgrund eingeschränkter Compliance, schlechter Zugänglichkeit oder komplexer Rehabilitation vorteilhaft ist.



1



2

Soll-Empfehlung: **Komposit im Frontzahnbereich**

Für die Versorgung von Klasse III- und IV-Defekten sollen evidenzbasiert ausschließlich direkte Komposite verwendet werden. Zusätzlich sind adhäsiv verankerte Restaurationen aufgrund ihrer geringen Invasivität gegenüber retentiv verankerten oder indirekten Alternativen zu bevorzugen.

Soll-Empfehlung zu minimalinvasivem Vorgehen bei elektiven Eingriffen

Zur Zahnformkorrektur im Frontzahnbereich sollen evidenzbasiert bevorzugt minimal- oder noninvasive direkte Kompositrestaurationen eingesetzt werden, mit der Option auf indirekte Keramik-Veneers als Alternative. „Neben dem minimal- oder noninvasiven Vorgehen verlängert nicht zuletzt die Reparaturfähigkeit von Kompositen das Restorationsüberleben“, erläutert Prof. Dr. Cornelia Frese aus Heidelberg als Mitautorin und Mandatsträgerin für die Deutsche Gesellschaft für Präventivzahnmedizin (DGPZM).

Komposit bei Klasse V-Kavitäten: **Auf das Adhäsivprotokoll kommt es an!**

Für die Retention von Komposit in Klasse V-Kavitäten ist das Adhäsivprotokoll maßgeblich. Daher heißt es in der Leitlinie, dass bei Gewährleistung adäquater Kontaminationskontrolle und Adhäsivtechnik direkte Kompositmaterialien evidenzbasiert zur Anwendung kommen können. Werden direkte Kompositrestaurationen zur Restauration von Klasse V-Defekten verwendet, sollten 2-Schritt-Self-Etch-, 3-Schritt-Etch-and-Rinse-Adhäsivsysteme oder neuere Universaladhäsive verwendet werden.

Quellen: DGZ/DGZMK



Abb. 1: Vorher – für Zahnumformungen empfehlen die Leitlinienautoren zahnhartsubstanzschonende, direkte Verfahren mit Komposit, wie beispielsweise zum Verschließen eines Diastemas. – **Abb. 2:** Nachher – Diastema-Schluss mit direkt aufgetragenem Komposit anstelle von invasiveren Verfahren wie Keramik-Veneers. Behandlerin Prof. Dr. Diana Wolff.



ZWP STUDY CLUB

zwpstudyclub.de

Klicken, anmelden, weiterbilden –

**Hier können
sie punkten!**



© Igor Lurik - stock.adobe.com