

Neuer Leitfaden zu Komposit als Restaurationsmaterial

Das lang ersehnte Update der S1-Handlungsempfehlungen 083-028 „Komposit im Seitenzahnbereich“ aus dem Jahr 2016 wurde in diesem Mai durch die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) veröffentlicht. Die Berliner Zahnärztin Dr. Esra Kosan von der Charité hat an der neuen Leitlinie mitgewirkt und gibt im Folgenden einen Überblick über die Neuerungen.

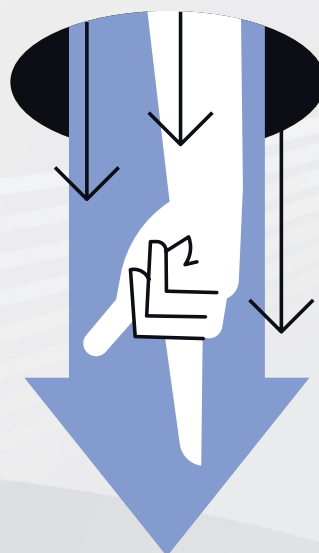
Dr. Esra Kosan

Die neue S3-Leitlinie 083-028 *Direkte Kompositrestaurationen an bleibenden Zähnen im Front- und Seitenzahnbereich* bietet einen wissenschaftlich fundierten und durch Experten ausgearbeiteten Leitfaden für die Anwendung von Komposit als Restaurationsmaterial. Federführende Gesellschaften waren die DGZ (Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung e.V.) und die DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.). Die Leitlinie wurde unter der Leitung von Prof. Dr. Diana Wolff (UKHD, Direktorin der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde) als Vertreterin der DGZ und Priv.-Doz. Dr. Dietmar Weng als Vertreter der Arbeitsgemeinschaft für Oral- und Kieferchirurgie der DGZMK (AGOKi) koordiniert und durch insgesamt 27 mandatierte Experten konsentiert.

Was ist neu?

Zunächst handelt es sich bei der neuen Leitlinienfassung um eine S3-Leitlinie, die im Vergleich zur ersten Fassung nicht nur eine Handlungsempfehlung von Experten darstellt.

S3-Leitlinien zeichnen sich durch zwei wichtige Aspekte aus (Tab. 1). Zum einen muss eine Evidenz vorliegen. Um dies zu gewährleisten, erfolgt eine systematische Literaturrecherche sowie die Auswahl und Bewertung der Literatur. Letztere dient dazu, die me-



Leitlinien-Stufenklassifikation nach Systematik

S3	Evidenz- und Konsensusbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, strukturierte Konsensfindung
S2e	Evidenzbasierte Leitlinie	Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur
S2k	Konsensusbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, strukturierte Konsensfindung
S1	Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	Konsensfindung in einem informellen Verfahren

Tab. 1

Quelle: www.awmf.org/regelwerk/stufenklassifikation-nach-systematik

Systematik

thodische Qualität der Evidenz zu beurteilen. Dafür empfiehlt die AWMF diverse kalibrierte Instrumente (zum Beispiel Cochrane Risk of Bias Tool, GRADE Methodik). Anschließend wird die Evidenz in einem tabellarischen Bericht zusammengefasst und dient damit als Grundlage für den Konsens. Dieser stellt die zweite Voraussetzung einer S3-Leitlinie dar. Die strukturierte Konsensfindung erfolgt in Begleitung einer neutralen Moderation. Dabei haben die beteiligten Fachgesellschaften ein zuvor festgelegtes Stimmrecht. Ziel dieser Konsensuskonferenz ist, zu jeder formulierten Empfehlung einen Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad festzulegen.

Ausgeweitete Fragestellung auf Frontzähne

Inhaltlich wurde die Fragestellung der Leitlinie von einer reinen Versorgung der Seitenzähne auf die Versorgung von Frontzähnen ausgeweitet (Black-Klassen I–V). Ziel der neuen Leitlinie war es, das Überleben und das qualitative Outcome von direkten Kompositrestaurationen im Front- und Seitenzahnbereich im Vergleich zu direkten und indirekten alternativen Versorgungen auf Basis der derzeit verfügbaren Evidenz zu bewerten. Daraus ergibt sich ein völlig neues Spektrum für die Empfehlungen.



Tabelle zur Darstellung der neu konsentierten Empfehlungen unter Angabe des Empfehlungsgrades

Empfehlungen	Konsens	Empfehlungsgrad
Kompositrestaurationen können für die direkte Versorgung bei Klasse I- und II-Kavitäten verwendet werden.	Starker Konsens*	Empfehlung offen
Als Alternative zu Komposit kann in spezifischen Indikationsbereichen (u. a. kleinere Kavitätengrößen, eingeschränkte Mitarbeit, erhöhtes Kariesrisiko) Glasionomerzement für die direkte Versorgung bei Klasse I- und II-Kavitäten an bleibenden Zähnen verwendet werden.	Starker Konsens	**
Indirekte Kompositinlays sollten nicht für Klasse I- und II-Kavitäten angewendet werden, sofern diese mit direkten Kompositrestaurationen versorgt werden können.	Starker Konsens	Empfehlung
Sofern Klasse I- und II-Kavitäten nicht mit direkten Kompositrestaurationen zu versorgen sind, können als Alternative indirekte Keramikrestaurationen oder Gussmetallrestaurationen angewendet werden.	Starker Konsens	Empfehlung offen
Kompositrestaurationen können bei Kavitäten mit Höckerersatz im Seitenzahnbereich angewendet werden.	Starker Konsens	Empfehlung offen
Indirekte Kompositrestaurationen können bei Kavitäten mit Höckerersatz im Seitenzahnbereich angewendet werden, insbesondere bei spezifischen Einflussfaktoren auf Zahn-, Mund- oder Patientenebene (z.B. eingeschränkte Compliance, schlechte Zugänglichkeit, komplexe funktionelle Rehabilitation u. a.).	Starker Konsens	**
Zur Restauration von Defekten der Klassen III und IV sollen direkte Kompositmaterialien zur Anwendung kommen.	Starker Konsens	Starker Empfehlungsgrad
Zur permanenten Restauration von Defekten der Klassen III und IV sollten Glasionomerzemente nicht zur Anwendung kommen.	Starker Konsens	**
Für Zahnformkorrekturen im Frontzahnbereich sollen direkte Kompositmaterialien zur Anwendung kommen.	Starker Konsens	Starker Empfehlungsgrad
Zur Zahnformkorrektur im Frontzahnbereich sollen wann immer möglich zahnhartsubstanzschonende direkte Vorgehensweisen bevorzugt werden, als Alternative können indirekte Keramikveneers zur Anwendung kommen.	Starker Konsens	**
Für Restaurationen der Klasse V können bei Gewährleistung adäquater Kontaminationskontrolle und Adhäsivtechnik direkte Kompositmaterialien zur Anwendung kommen.	Starker Konsens	Empfehlung offen
Als Alternative zu Komposit können zur Restauration von Defekten der Klasse V Glasionomerzemente/modifizierte Glasionomerzemente zur Anwendung kommen.	Starker Konsens	Empfehlung offen
Werden direkte Kompositrestaurationen zur Restauration von Klasse V-Defekten verwendet, sollten 2-Schritt-Self-Etch-, 3-Schritt-Etch-and-Rinse-Adhäsivsysteme oder Universaladhäsive zur Anwendung kommen.	Starker Konsens	Empfehlung

Tab. 2

* Zustimmung von > 95% der Teilnehmer.

** Hierbei handelt es sich aufgrund der geringen Evidenz um eine rein konsensbasierte Empfehlung.

Berücksichtigung diverser Anwendungsaspekte

Neben der Fragestellung über die Versorgungsmaterialien hat sich die Leitliniengruppe auch mit der Frage beschäftigt, welche Formen der Kariesexkavation, der Trockenlegung, Matrizentechnik und Adhäsivtechnik, Lichtpolymerisation sowie Ausarbeitung und Politur bei direkten Kompositrestaurationen im Front- und Seitenzahnbereich nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand Anwendung finden sollen. Dazu wurden



Tabelle zur Darstellung der neu formulierten Statements bzw. Handlungsempfehlungen

Empfehlungen	Konsens
Sowohl selektive als auch non-selektive Kariesexkavationsverfahren können eingesetzt werden. Bei pulpanahen Dentinläsionen sollte eine einzeitige selektive Kariesentfernung der schrittweisen oder non-selektiven Kariesentfernung vorgezogen werden.	Starker Konsens*
Sowohl eine relative als auch eine absolute Trockenlegung können erfolgreich zur Kontaminationskontrolle bei direkten Kompositrestaurationen an bleibenden Zähnen eingesetzt werden. Eine Kontaminationskontrolle mit Kofferdam (absolute Trockenlegung) könnte sich langfristig positiv auf die Lebensdauer der Restaurationen auswirken.	Starker Konsens
Sowohl Metall- als auch Kunststoffmatrizen können zur suffizienten Approximalkontaktgestaltung verwendet werden.	Starker Konsens
Zur optimalen Kontaktpunktgestaltung und Überschussvermeidung sollte für Klasse II-Restaurationen eine anatomisch vorgeformte Teilmatrize in Kombination mit einem Keil und Ringsystem bevorzugt werden.	Starker Konsens
Zur langfristigen Verbesserung der Schmelzrandqualität und Vermeidung von Randverfärbungen sollte der Schmelz bei allen direkten Kompositrestaurationen mit Phosphorsäure geätzt werden.	Starker Konsens
2-Schritt-Self-Etch-, 3-Schritt-Etch-and-Rinse-Adhäsivsysteme oder Universaladhäsive sollten für direkte Kompositrestaurationen bevorzugt werden.	Starker Konsens
Lichtpolymerisation ist ein entscheidender Faktor für den klinischen Erfolg von Kompositrestaurationen. Relevant sind hierbei die korrekte Handhabung (z. B. Polymerisationsrichtung, Abstand, Durchmesser des Lichtkegels), die eingebrachte Energie (Leistung × Zeit) und die Opazität und Farbe des Komposits.	Starker Konsens
Bulk-Fill-Komposite können bis zu einer Tiefe von 4 mm mit Polymerisationsgeräten entsprechender Leistung sicher auspolymerisiert werden.	Starker Konsens
Zur Oberflächenvergütung und Reduktion der Plaqueanlagerung sollte eine Politur der Kompositrestauration erfolgen.	Starker Konsens

Tab. 3

* Zustimmung von > 95% der Teilnehmer.

auf Grundlage einer systematischen Literaturempfehlung, jedoch ohne Evidenzbewertung, konsensbasierte Empfehlungen formuliert. Ein evidenzbasierter Empfehlungsgrad ist daher auch nicht enthalten.

Fazit

Die neue S3-Leitlinie hat viele bereits bekannte Ergebnisse klinischer Studien auf den Prüfstand gestellt und wichtige Punkte zusammengefasst, die im klinischen Alltag bei der Planung von Kompositrestaurationen im Seiten- und Frontzahnbereich unterstützen sollen.

Dr. Esra Kosan

Zahnärztin

Abteilung für Parodontologie,
Oralmedizin und Oralchirurgie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Aßmannshäuser Straße 4-6
14197 Berlin

Infos zur Autorin



Literatur



LEIPZIGER FORUM FÜR INNOVATIVE ZAHNMEDIZIN

20./21. SEPTEMBER 2024

**HIER
ANMELDEN**

www.leipziger-forum.info



© rich Deyw/shutterstock.com