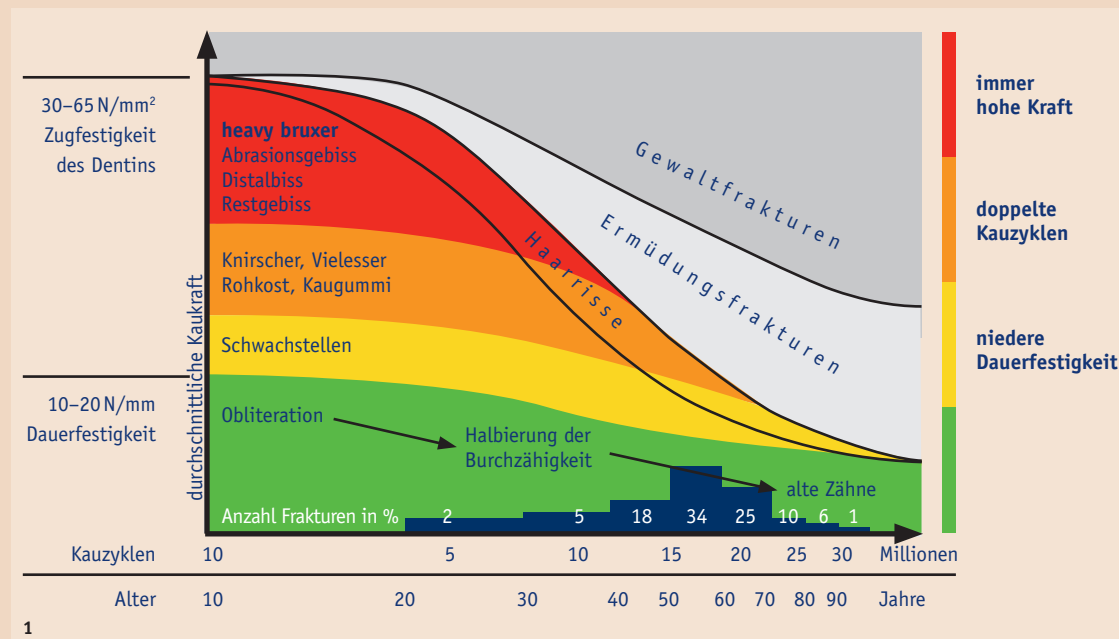


# Kompositfüllungen nach Frakturen

Mit verankerten und verstärkten Kompositen kann man fast alle frakturierten Zähne reparieren.  
 Von Dr. med. dent. Walter Weilenmann, Wetzikon, Schweiz, und MSc ETH Marvin Rueppel, Zürich, Schweiz.

**Abb. 1:** Ermüdungsfaktoren. Ursächlich ist die Kombination von hohen Kaukräften (gelb/orange/roter Bereich), übermässig vielen Kauzyklen und einer mechanischen Schwachstelle (steile Höcker, breite Kontaktpunkte, Kerben usw.). Die Dauerfestigkeit beträgt etwa 30 Prozent der Zugfestigkeit. 34 Prozent der grossen Zahnfrakturen geschahen bei 50–60-jährigen Patienten (Beobachtung seit 2015, N=182).



Amalgam (**Abb. 6 rechts**) und am Zahnhals (**Abb. 4, bitte genau beobachten!**) anzutreffen. Abbildung 6 zeigt einige Beispiele. Sie gehen von der Kaukraft von 20 N aus, die typisch ist bei Brotkruste, Nüssen, Rohkost, Trockenfleisch, Kaugummi usw. Die schiefe Ebene beim Frontzahn kann aus 20 N mit einem Hebeleffekt von 4:1 eine Zugspannung von 10 MPa verursachen. Zum Vergleich: der Reifendruck eines Pws beträgt 0,25 MPa. An der Höckerbasis eines Molaren mit einer Amalgamfüllung kann chronisch eine Zugspannung von 40 MPa entstehen (**Abb. 6 rechts**). Das überschreitet bei Weitem die Dauerfestigkeit des Dentins (**Abb. 1**).

## Umformen durch Einschleifen und Ansetzen

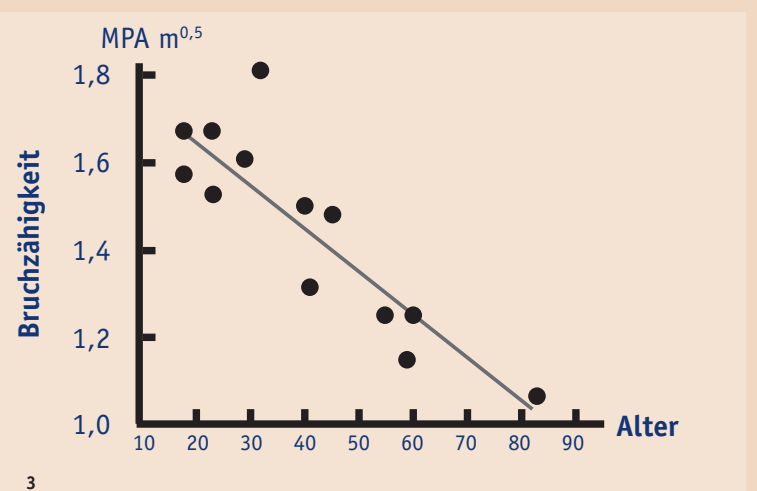
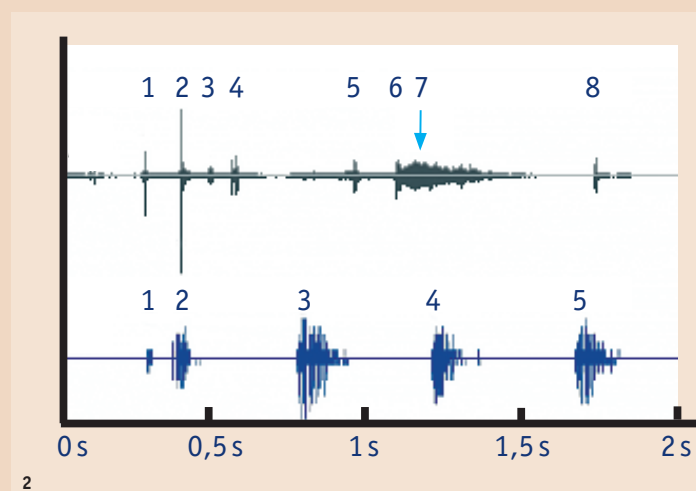
**Zahnhalssfüllungen** geraten beim Kauen und Abbeißen unter Druck (**Abb. 6 links**). Er presst die Füllung wegen der keilförmigen Geometrie buchstäblich aus der Kavität hinaus. Zur Abhilfe genügen zwei Retentionsrillen am

Patienten mit einer Zahnfraktur wünschen sich oft eine Reparatur und keine Extraktion, und Zahnärzte, die solche Zähne reparieren, gewinnen viele Sympathien. Frakturen sind meistens Ermüdungsfrakturen im Bereich der Zahnkro-

(durchschnittlich 100 N) als auch viele Belastungen (**Abb. 2**). Überdies haben die Knirschfacetten mit ihren breiten Kontaktflächen eine schlechte Schneidwirkung. Das zwingt den Patienten, mit höherer Kraft zu kauen, was wiederum die

Sichere Leitsymptome der Ermüdung sind breitflächige Schliffacetten (**Abb. 4**) und Haarrisse. Schiefe Ebenen färben sich nicht immer an und sind oft nur erkennbar, wenn der Experte die Okklusion millimetergenau auf Nahkon-

**Abb. 2:** Knirschen. Patient A hat bei einer einzigen Knirschbewegung sieben kurze und eine breite Belastungsspitze (Pfeil). Patient B hingegen macht in der gleichen Zeit viermal eine kurze Knirschbewegung mit je einer breiten Belastungsspitze. Die Knacktöne entstehen wegen der Rauigkeit der Schliffacetten. Eine Knirschepisode dauert etwa 5 Sekunden (= 10 Belastungen). Ein Heavy Bruxer hat 100 Knirschepisoden pro Nacht (= 1'000 hohe Belastungen, gleichviel wie bei drei Mahlzeiten). – **Abb. 3:** Dentinbrüchigkeit. Junges Dentin (Tubuli weit offen und elastisch) ist doppelt so bruchfest wie altes (Tubuli restlos verkalkt und brüchig). – Quelle: Aging and the reduction in fracture toughness of human dentin. A. Nazari et al. 2009.



nen. Ermüdungen werden verursacht durch die Kombination von hohen Kaukräften, vielen Kauzyklen, belasteten schiefen Ebenen und der geringen Zugfestigkeit von Dentin und Komposit. Zwei dieser Faktoren lassen sich mit zahnärztlichem Geschick therapieren: Schiefe Ebenen werden eingeschliffen und durch ebene Kontakte ersetzt, und das Komposit wird mit Pins, Stiften und Schrauben zugfest verankert und mit Drähten bruchsicher verstärkt.

Kaumuskeln trainiert und Heavy Bruxism vorbereitet. Die Zugfestigkeit des Dentins ist eher gering und variiert um einen Faktor 4 (**Tab. 1**). Die Variation entsteht durch die Dentalalterung, welche 50 Prozent der Zugfestigkeit vernichtet (**Abb. 3**), und strukturell beim pulpanahen Dentin mit 50'000 Tubuli/mm<sup>2</sup>, das nur 50 Prozent der Festigkeit von peripherem Dentin mit 10'000 Tu-

buli besitzt. Aber wer sie diagnostiziert, der kann prophylaktische, konservierende und minimalinvasive Massnahmen vorschlagen, Rezidive verhindern und beim Patienten das Kaugefühl verbessern.

## Hebeleffekt und Balkentheorie

Die Problematik der schiefen Ebenen ist ihr grosser Hebeleffekt. Die Balkentheorie, ein Spezialge-

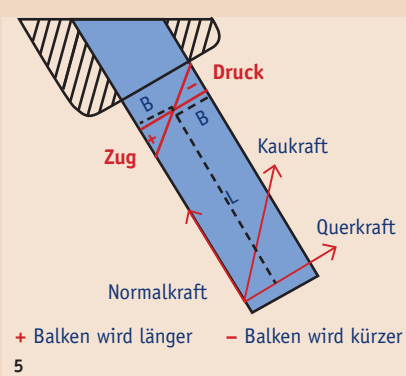
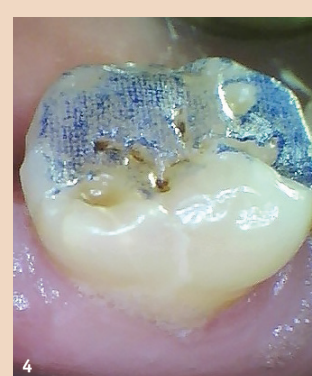
tingivalen und inzisalen Kavitätentransrand (**Abb. 7 links und Abb. 8**).

**Frontzahnaufbauten** werden beim Abbeißen auf der palatinalen Seite vom Zahn weggezogen (**Abb. 6 Mitte**). Um den Zug zu verkleinern, wird der Kontaktpunkt nach palatinal verlegt (**Abb. 7 Mitte und Abb. 9**) und die Adhäsion durch palatinal Pins gesichert (s. u.).

**Abb. 4:** Frakturdiagnose. Kauschmerzen links seit einem Jahr. Patient 51-jährig. Er verdächtigte 36 und suchte mehrere Zahnärzte auf. Sie blieben trotz Fracfinder®, Röntgenbildern und Abschlussberichten ratlos. Was dachten sie wohl zu den funktionellen Befunden? 1. Die bukkale Anfärbung bei 37 weist auf ein habituelles (=schmerzbedingtes) Ausweichen zur Balanceseite. 2. Die breite Anfärbung deutet auf Heavy Bruxismus. 3. Die kleine Schmelzwand lingual von der distolingualen Erosion ist eine fast vertikale (!) schiefe Ebene. 4. Der lingual gelegene Haarriss wurde dann schliesslich auf dieser Aufnahme entdeckt (USB-Intraoralkamera von Ebay für 80 Euro). – **Abb. 5:** Balkentheorie (einseitig fixierter Balken). Schiefe Ebenen lenken die Kaukraft in eine Normalkraft und in eine Querkraft um. Die Querkraft wird wegen dem Winkelhebel L:B am Alveolenrand zu einer mehrfach grösseren Zug- und Druckkraft.

## Ermüdungsfaktoren

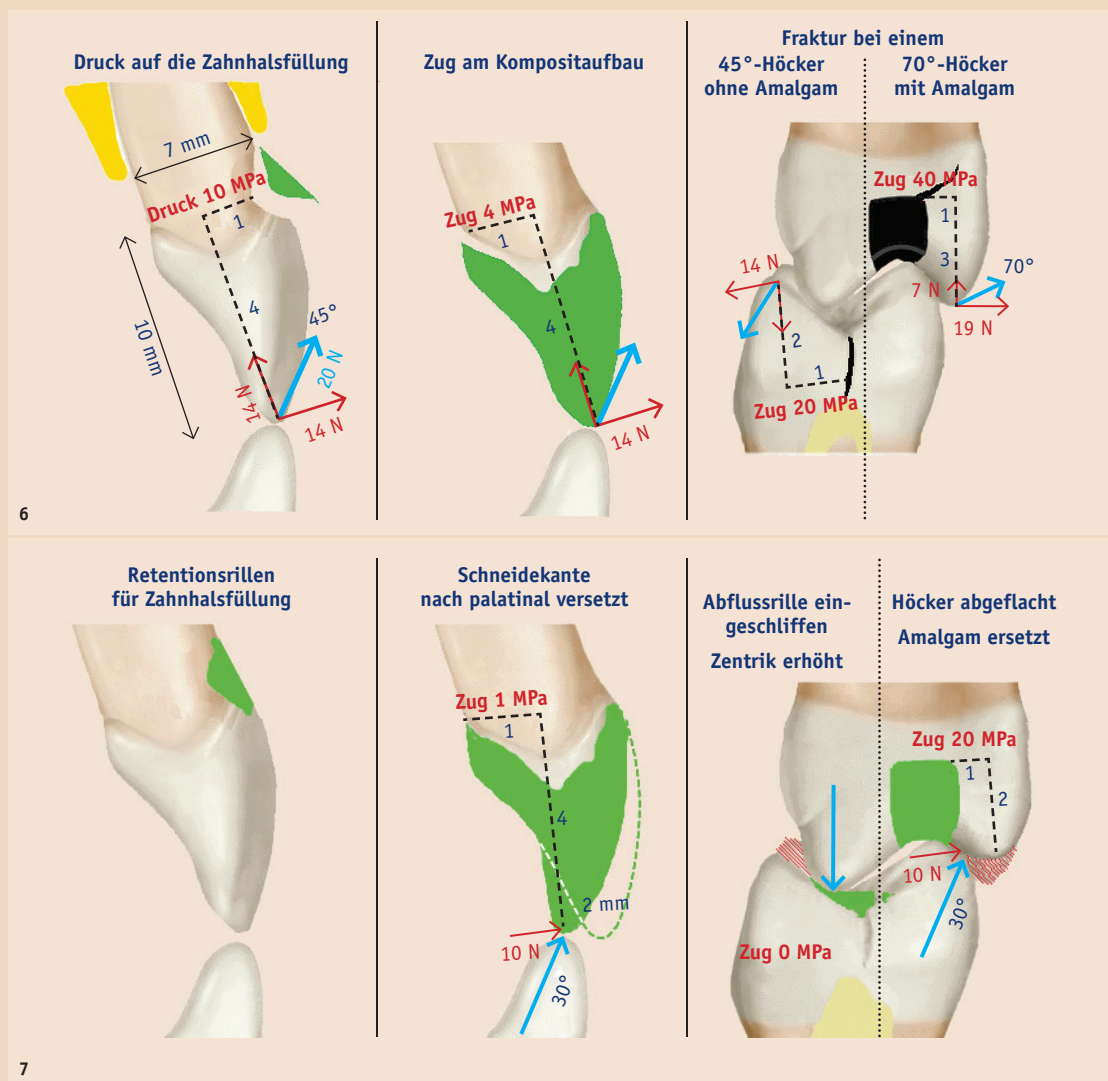
Schiefe Ebenen lenken die Kaukraft um. Deshalb können schon bei einer Kaukraft von 20 N (ca. zwei Kilogramm) so grosse Querkraften entstehen, dass die Dentintubuli mikroskopisch einreissen. Das Risswachstum verbindet die Mikrorisse langsam zu längeren Spalten und erweitert diese nach und nach zu sichtbaren Haarrissen. Diese enden dann wenige Jahre später mit Ermüdungsfrakturen, meistens zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr (**Abb. 1**). Des Weiteren entstehen beim Knirschen sowohl hohe Kaukräfte



buli/mm<sup>2</sup> besitzt. Im selben Mass variiert auch die Dentinadhäsion bei den verschiedenen Sorten von Dentin. Entsprechend wichtig sind mechanische Retentionen.

biet der Mechanik (**Abb. 5**), zeigt, wo diese auftreten: am Übergang von frei beweglichem zu starr gelagertem Dentin. Diese Stelle ist meistens an der Höckerbasis neben

**Prämolaren- und Molarenhöcker** neben alten Amalgamfüllungen brechen oft wegen zunehmenden Zugkräften ab (**Abb. 6 rechts**). Sie sind von vornherein hoch, weil Amalgam nicht am Dentin klebt, und nehmen zu, weil die Abrasion die schiefen Ebenen vergrössert. Bei der Reparatur kann man die schiefen Ebenen verkleinern, lange, breite Höcker kürzen, Abflussrillen einschleifen sowie antagonistische Höcker spitzen kürzen bei tiefen Kaugruben, okklusalen Erosionen und abradierten Füllungen (**Abb. 7 rechts**). Ist der Boden einer Kavität eine schiefe Ebene, so wird sie ebenfalls mit einer Retentionsrinne versehen, damit das Komposit nicht abrutscht (**wie Abb. 8**).



**Pins und Drähte**

Bereits eine Kraft von 20 N löst einen Blitzschmerz aus, wenn diese ein hartes Körnchen quer gegen einen Frontzahn oder Höcker drückt. Dieser Schmerz signalisiert oft ein Risswachstum. Die Zugfestigkeit wird in MPa (= N/mm<sup>2</sup>) gemessen und gibt an, wie viel Zug einen 1 mm<sup>2</sup> dicken Teststab zerbrechen kann. Abbildung 10 links zeigt ein Beispiel. Die vier Kompositzapfen haben je einen Durchmesser von etwa 1,2 mm. Die Frakturfläche beträgt folglich je 1,13 mm<sup>2</sup> (0,6 x 0,6 x π).

Zugfestigkeit	MPa
Schmelz	10
Knorpel	20
Dentin, Komposit, Amalgam, Dentinadhäsion	20–80
Sehne, Wurzelzement	100
Knochen, Kuhhorn	130–150
Zirkon, Keramik	1'000

**Tab. 1:** Die Zugfestigkeit ist die Kraft, bei der im Zugversuch ein Teststab mit einer Querschnittsfläche von 1 mm<sup>2</sup> zerreißt.

0,2%-Dehngrenze	MPa
Dentin, Komposit, Glasfasern (EverStick®)	30
Nickel-Titan (Nitinol®)	100
Reintitan (Filpin®)	210
Ti64 (TMS®, FO-Pins®)	228
SS-Draht (Permachrome®)	304
Kobaltnickelchrom (Parafix®)	468

**Tab. 2:** Bei der 0,2%-Dehngrenze wird ein Teststab (1 x 1 mm) im Zugversuch um 0,2% gedehnt. Bei dieser Dehnung entstehen bei vielen Materialien die ersten Mikrorisse.

Die Zugfestigkeit von Komposit beträgt nur etwa 20 MPa (Tab. 1). Ein Kompositzapfen bricht folglich bei einer Zugkraft von 23 N (1,13 mm<sup>2</sup> x 20 MPa). Das ist viel zu wenig für einen dauerhaften Erfolg. Deshalb sind Pins erforderlich. Sie wandeln die Zugkräfte, welche die Adhäsion gefährden, in Druckkräfte um, die das Dentin längs des Pins problemlos ertragen kann. Aber Achtung: Das Komposit muss sorgfältig in kleinen Portionen um die Pins und auf das Dentin aufgetragen werden! Es muss kleben und es darf keine Luft zwischen Komposit und Dentin eingeschlossen werden! Grundlegend zu wissen ist die Abzugskraft eines Pins: Er reisst etwa bei einem Zug von 100 N aus dem Dentin heraus. Werden zwei Pins nebeneinander mit verschiedenen Winkeln gesetzt, so werden die Retention und die Widerstandsfähigkeit gegen Torsion (bei nicht symmetrischem Bissmuster) massiv erhöht.

Kräfte verursachen immer auch eine Verformung. Komposit und Dentin brechen, wenn sie etwa 0,3 Prozent gedehnt werden. Pins und Drähte können diese Dehnung dank ihrer robusten 0,2 Prozent-Dehngrenze perfekt verhindern (Tab. 2). Abbildung 10 rechts zeigt eindrücklich die Verstärkung der Adhäsion mit Pins. Ihr Durchmesser von 0,6 mm ergibt eine Querschnittsfläche von 0,28 mm<sup>2</sup> (0,3 x 0,3 x π). Daraus berechnet sich beim Filpin® eine 0,2 Prozent-Dehnung bei 59 N (0,28 mm<sup>2</sup> · 210 MPa) und bei den Parafix®-Pins bei 131 N (0,28 mm<sup>2</sup> · 468 MPa). Diese Werte kann nur ein Biss von 30 N resp. 65 N erreichen, was deutlich über der Schmerzgrenze von 20 N liegt.

Abbildung 11 zeigt die Verstärkung eines Zahns gegen eine

erneute Längsfraktur mithilfe von zwei Drähten. Sie machen das Komposit sowohl zugfester als auch ermüdungsfester. Der Patient ist (und bleibt ziemlich sicher) ein Heavy Bruxer. Deshalb wurden flache Höcker modelliert. Sie verursachen nur Querkraften von etwa 50 Prozent der Kaukraft (siehe Abb. 7 rechts). Das Komposit verbindet sich mit dem Draht durch die Polymerisationsschrumpfung (Pressfassung) und durch die Drahtbiegungen. Primer und Sandstrahlen sind nicht nötig. Ein 16 x 22-Draht (0,41 mm x 0,56 mm = 0,23 mm<sup>2</sup>) aus Permachrome® dehnt sich erst bei 70 N um 0,2 Prozent (0,23 mm<sup>2</sup> x



**Abb. 6:** Frakturen. Die immer gleiche Kaukraft von 20 N (blau) verursacht je nach dem Auftreffwinkel und Hebel-effekt (schwarz) verschiedene Druck- und Zugspannungen (rot). – **Abb. 7:** Umformungen. Links: Die Retentionsrinne verunmöglicht jede Luxation. Mitte: Verlagerung der Inzisalkante um 2 mm nach palatinal vermindert die Querkraft und senkt die Zugspannung. Rechts: Horizontale Kontakte sind zugfrei. Abflussrillen verbessern die Schneidleistung und vermindern so die nötige Kaukraft.

304 MPa), wozu eine Kaukraft von 140 N nötig ist. Bei Prämolaren genügt eine solche Klammer. Aber bei Molaren und Heavy Bruxismus sind zwei Drähte nötig, damit die Füllung 280 N aushalten kann. Für die Reparatur eines längsfrakturierten Zahnes (und Vermeidung einer Extraktion und eines Implantates) nehmen die Patienten einen sehr langen Anfahrtsweg in Kauf!

Wer die Mechanik der Zähne studieren möchte, findet auf [www.zahnarztweilenmann.ch/#Wissenschaftliches,Mechanik](http://www.zahnarztweilenmann.ch/#Wissenschaftliches,Mechanik) viele weitere Informationen. Auch Herr Rueppel ist gerne bereit, allfällige Fragen zur Mechanik zu beantworten. **DI**

**Kontakt**



**Dr. med. dent. Walter Weilenmann**

Zentralstr. 4  
8623 Wetzikon, Schweiz  
Tel.: +41 44 930 33 03  
w.weilenmann@hispeed.ch  
www.zahnarztweilenmann.ch

**MSc ETH Marvin Rueppel**

MSc ETH in Mechanical Engineering  
Nordstr. 294  
8037 Zürich, Schweiz  
rueppel@arch.ethz.ch

**Abb. 8:** Retentionsrinne auf schiefer Ebene. Zahn 23, Patientin 80-jährig. Links: Keilförmiger Defekt in sklerotischem Dentin. Rechts: Retentionsrinne am gingivalen Rand. Winkelstück beidhändig geführt, langsamtourig, leichthändig, neuer Rosenbohrer, Fingerkuppen auf den Zähnen abgestützt. – **Abb. 9:** Verlagerung des Kontaktpunktes. Zahn 23, keine Seitenzähne, Patientin 87-jährig. Kontaktpunkt nach palatinal verlegt und horizontalisiert zur Verminderung der Querkraft (Prämolarisierung). – **Abb. 10:** Verstärkung der Adhäsion. Zahn 11, Aufbau nach nur 2 Jahren abgebrochen. Patientin 83-jährig. Links: ein verbogener Filpin® labial (Ø 0,6 mm, Filhol) und 4 abgebrochene Kompositzapfen (Ø je 1,2 mm). Auf dem sklerotischen Dentin zwischen den Zapfen hat die Adhäsion völlig versagt. Rechts: Die Reparatur erfolgte mit zwei palatinal gelegten Parafix®-Pins (nach Prof. J. Wirz). – **Abb. 11:** Verstärkung der Kohäsion. Zahn 46, linguale Höckerwand subgingival frakturiert, Patient 37-jährig. Links: Wurzelfüllung und zwei Retentionen für die Drahtverstärkungen. Mitte: vor dem letzten Komposit-Inkrement. Rechts oben: Schlussbild. Rechts unten: Draht mit Biegungen (16 x 22 Permachrome-Standard Drahtbogen, 3M Unitek).