

Ästhetische Seitenzahnrestaurationen mit Kompositen

Autoren | Dr. Catharina Zantner, Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa

Die Forderung nach ästhetischen, zahnfarbenen Restaurationen hat auch vor der klassischen Füllungstherapie im Seitenzahnggebiet nicht halt gemacht. Längst begründen Patienten ihre Abneigung gegenüber Amalgam nicht mehr ausschließlich mit gesundheitlichen Bedenken, sondern führen hauptsächlich die fehlende Ästhetik der dunkelgrauen oder bestenfalls silbern glänzenden Amalgamfüllungen als Grund für eine Ablehnung an. Dementsprechend hat sich das Komposit in den letzten 40 Jahren vom klassischen Frontzahnfüllungsmaterial zur universellen, zahnfarbenen Restaurationsmöglichkeit mit einer Vielzahl von Indikationen auch im Seitenzahnggebiet entwickelt. Erfreulicherweise zeigen Komposite Dank der schnellen und intensiven werkstoffkundlichen Verbesserungen vor allem in den letzten 15 Jahren inzwischen annähernd mit Amalgam vergleichbare, gute klinische Ergebnisse.^{1,2} Wie die beiden momentan umfassendsten verfügbaren Literaturübersichten zum Thema klinische Langzeitergebnisse von zahnärztlichen Restaurationsmaterialien im Seitenzahnggebiet zeigen, liegen die Verlustraten von Amalgam- bzw. Kompositfüllungen mit 0 bis 7% bzw. 0 bis 9% in vergleichbar niedrigen Bereichen. Allerdings sollte der Zahnarzt bei der Indikationsstellung, der Auswahl des Materials bzw. der richtigen Materialgruppe und insbesondere bei der Verarbeitung keine Kompromisse eingehen.¹ Voraussetzung dafür ist eine umfassende Kenntnis der Möglichkeiten und Grenzen von Kompositfüllungen; dies trifft für ästhetische und medizinische Gesichtspunkte gleichermaßen zu.

Therapieentscheid

Der entscheidende Faktor für die Indikationsstellung ist das Zusammenspiel aus wissenschaftlicher Erkenntnis, eigener Erfahrung und die Berücksichtigung der individuellen Behandlungssituation jedes einzelnen Patienten. Auch in der Füllungstherapie ist evidenzbasiertes Handeln die Voraussetzung für eine zeitgemäße Zahnmedizin.

Die Frage, wann Prämolaren und Molaren noch mit einer plastischen Füllung versorgt werden können, oder unter welchen Umständen bereits laborgefertigte Versorgung indiziert sind, wird durchaus kontrovers diskutiert. Auch die Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte ermöglicht bislang keine zusätzliche Entscheidungshilfe.³ Die vorliegenden gesundheitsökonomischen Untersuchungen, deren Analysen einen Zeitraum von bis zu 15 Jahren berücksichtigen,^{4,5} greifen letztendlich kurz, da der Untersuchungszeitraum erheblich unterhalb der Halbwertszeit vieler laborgefertigter Restaurationen liegt.

Während bei kleinen Zahnhartsubstanzdefekten eindeutig plastische Füllungen (Abb. 1a) und bei sehr umfangreichen Zahnhartsubstanzdefekten eine Versorgung mit Kronen indiziert ist (Abb. 2a–b), existiert ein Übergangsbereich, in dem sowohl plastische als auch indirekte Restaurationen (Inlays, Onlays, Teilkronen und Kronen) therapeutisch vertretbar sind.

Im Folgenden soll versucht werden, die Indikationsgrenzen und Unterschiede in der klinischen Bewährung von direkten und indirekten Restaurationen ver-

Abb. 1a | Ausgangssituation: Erstversorgung kariöser Läsionen in allen Approximalräumen im Seitenzahnggebiet eines 18-jährigen männlichen Patienten. Hier die Darstellung der Läsionen an den Zähnen 14–17.

Abb. 1b | Abgeschlossene Restauration der Zähne 14–17. Das Ergebnis ist als ästhetisch zufriedenstellend zu bezeichnen, auch wenn in diesem Fall ein herkömmliches Feinstpartikelhybridkomposit (Tetric Ceram und Tetric Flow) verwendet wurde. Die Füllungstherapie wurde von einer intensiven Mundhygieneinstruktion begleitet.

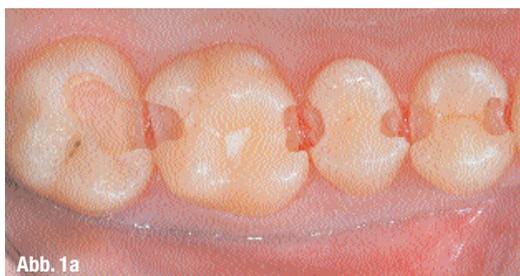


Abb. 1a



Abb. 1b