

Złamanie żuchwy jako jeden z pierwszych objawów klinicznych szpiczaka mnogiego u 60-letniego mężczyzny – opis przypadku

Multiple Myeloma Presenting as Mandibular Fracture in a 60-Year-Old Male – Case Report



dr n. med. Anna Citko

Akademia Medyczna Nauk Stosowanych i Holistycznych, Warszawa
Akademia Finansów i Biznesu Vistula, Filia w Olsztynie i Kętrzynie
ORCID: 0000-0001-9668-0554

DOI: 10.57591/GP.202504.02

E-ISSN 2353-8600; ISSN 1230-4719; nr art. GP.202504.02 © P

Abstract

Plasmocytic myeloma belongs to the group of monoclonal gammopathies. It is a disease caused by the clonal proliferation of B lymphocytes and plasmocytes that produce a monoclonal immunoglobulin, referred to as monoclonal protein (M protein). We report the case of a man male patient presenting with chronic low back pain and moderately severe pain in the sacroiliac joints. Additionally, the patient suffered a fracture of the mandible and an injury to tooth 37 without a clear underlying cause. A mandibular splinting procedure and post-traumatic extraction of tooth 37 were performed. The postoperative period was complicated by alveolar osteitis (dry socket). The patient was also diagnosed with advanced periodontitis. He was eventually hospitalized in the Department of Hematology, where a diagnosis of plasmocytic myeloma was established. In the differential diagnosis panel of uncharacteristic spinal pain, GPs should think of plasmocytic myeloma as a possible diagnosis. Familiarity with basic maxillofacial traumatology and dental surgery may help to reduce the time it takes for a patient to reach a specialist center.

Keywords: plasmocytic myeloma, low back pain, mandibular fracture, dry alveolus, periodontitis.

Streszczenie

Szpiczak plazmocytowy należy do grupy monoklonalnych gammopatii. Jest to choroba spowodowana klonalną proliferacją limfocytów B i plazmocyto- wów, które wytwarzają monoklonalną immunoglobulinę, znaną jako białko monoklonalne (białko M). W pracy opisano przypadek mężczyzny skarżącego się na przewlekły ból w dolnej części pleców i umiarkowanie silny ból w stawach krzyżowo-biodrowych. Ponadto pacjent doznał złamania żuchwy i urazu zęba 37. bez wyraźnej przyczyny. Wykonano unieruchomienie żuchwy i usunięcie zęba 37. Okres pooperacyjny był powikłany objawami zespołu suchego zębodołu. U pacjenta zdiagnozowano również zaawansowane zapalenie przyzębia. Został ostatecznie hospitalizowany na oddziale hematologii, gdzie rozpoznano szpiczaka plazmocyto- wego. W diagnostyce różnicowej nietypowego bólu kręgosłupa lekarze rodzinni powinni brać pod uwagę szpiczaka plazmocyto- wego jako możliwe rozpoznanie. Znajomość podstaw traumatologii szczękowo-twarzowej i chirurgii stomatologicznej może pomóc skrócić czas dotarcia pacjenta do ośrodka specjalistycznego.

Słowa kluczowe: szpiczak plazmocytowy, ból krzyża, złamanie żuchwy, zespół suchego zębodołu, paradontoza.

Wprowadzenie

Szpiczak plazmocytowy (synonim: szpiczak mnogi; ang. *multiple myeloma* – MM) należy do grupy gammadii monoklonalnych. Jest chorobą spowodowaną klonalnym rozrostem limfocytów B i plazmocytów wytwarzających monoklonalną immunoglobulinę, określaną jako białko monoklonalne (białko M). Stanowi ok. 10% nowotworów hematologicznych (drugi co do częstości po chłoniakach), 1% wszystkich nowotworów. Mediana wieku zachorowań w momencie diagnozy wynosi 60–65 lat, a ok. 2% pacjentów ma < 40 lat [1]. Jest chorobą onkologiczną rozpoznawaną u ponad 115 000 osób rocznie [2].

Znaleziono dowody na istnienie predyspozycji genetycznej do zachorowania. Częstsze zachorowania obserwowano u rolników, drwali, pracowników przemysłu skórzanego i przetwórstwa ropy naftowej. Wykazano również akcelerujący wpływ ekspozycji na promieniowanie jądrowe w okresie II wojny światowej, którego skutki kliniczne mogą manifestować się po ok. dwudziestoletnim okresie latencji [3].

Sugeruje się także współudział niektórych wirusów z rodzaju *Herpes*, np. HHV-8 występującego w komórkach dendrytycznych szpiku kostnego. Genom tego wirusa zawiera analog ludzkiego genu dla interleukiny 6 (IL-6). Chorzy na reumatoidalne zapalenie stawów są w sposób szczególny narażeni na zachorowanie na szpiczaka mnogiego (w patogenezie obu chorób ważną rolę odgrywa IL-6 [4]. Ponadto opisano przypadek szpiczaka mnogiego u pacjenta od 25 lat na chorobę Buergera [5].

Pacjenci najczęściej skarżą się na bóle kostne wynikające z ubytków osteolitycznych i patologicznych złamań, głównie trzonów kręgowych, którym może towarzyszyć osteoporoza. W postaciach bardziej zaawansowanych występują złamania patologiczne kości długich i żeber [1,2]. Tytułem przykładu – Sutandyo N i wsp. przebadali w Indonezji 39 chorych na szpiczaka mnogiego w wieku 60 lat i powyżej, 56,4% stanowili mężczyźni, a 43,6% kobiety. Według częstości wystę-

powania zmiany kostne były zlokalizowane w obrębie: kręgosłupa (70% badanych), czaszki (70% badanych), miednicy (33,3% badanych), kości ramiennych (30% badanych), kości udowych (30% badanych) [6].

Co ciekawe, opisano przypadek 47-letniego mężczyzny z zapaleniem krążka międzykręgowego o etiologii *Staphylococcus aureus* i *Mycobacterium tuberculosis* jako pierwszy objaw szpiczaka mnogiego [7]. W innym wypadku pierwszym objawem szpiczaka mnogiego było zapalenie stawów kręgosłupa spowodowane przez *Escherichia coli* [8].

Objawy niewydolności nerek pojawiają się u ok. 30% chorych w momencie rozpoznania choroby. Najwcześniejszą manifestacją uszkodzenia cewek nerkowych jest zespół Fanconiego dorosłych (typ 2 proksymalnej kwasicy cewkowej), cechujący się zwiększoną glukozurią, aminoacydurią, upośledzeniem zakwaszania i zagęszczania moczu. Niewydolność nerek, istniejąca już w momencie rozpoznania szpiczaka, rzutuje niekorzystnie na czas przeżycia. Inną manifestacją nefrologiczną mogą być nawracające infekcje dróg moczowych [9].

U 2–3% chorych może występować symetryczna polineuropatia (postępująca, zlokalizowana głównie w kończynach dolnych, wyłącznie ruchowa lub mieszana ruchowo-czuciowa). Jej objawy mogą wyprzedzać o parę miesięcy wystąpienie choroby [10]. Zwiększona lepkość krwi prowadzi do bólów głowy, łatwej męczliwości, zaburzeń widzenia i retinopatii, senności, zaburzeń świadomości, krwawienia z nosa i dziąseł. Mogą także występować powikłania zakrzepowo-zatorowe, nawracające zakażenia układu oddechowego, objawy choroby nowotworowej (osłabienie, uczucie zmęczenia, wzmożona potliwość, utrata masy ciała) [3].

Występuje niedokrwistość normocytowa normochromiczna (u ok. 70% chorych w chwili rozpoznania szpiczaka), rzadziej makrocytoza (u ok. 9% chorych), rulonizacja erytrocytów (u ok. 50% chorych), leukopenia (u ok. 20% chorych),

małopłytkowość (u 5% chorych). Stężenie białka w surowicy jest w wielu przypadkach zwiększone [1,9].

U 60–80% chorych w badaniu rentgenowskim kośćca, poza ogólnym odwapnieniem kości i zanikiem tkanki kostnej, typowym obrazem są ostro odgraniczone okrągłe lub owalne ubytki osteolityczne zlokalizowane w obrębie czaszki, miednicy, żeber, mostka. Do charakterystycznych objawów należą złamania kompresyjne kręgów, a czasem patologiczne złamania innych kości. U ok. 1% stwierdza się zmiany osteosklerotyczne [9,11].

Opis przypadku

Do gabinetu lekarza rodzinnego zgłosił się 60-letni mężczyzna z powodu trwających od około miesiąca nasilonych bólów dolnego odcinka kręgosłupa oraz miernie nasilonych bólów w obrębie stawów krzyżowo-biodrowych. Pacjent negował występowanie urazu, który by poprzedzał dolegliwości bólowe. Zaprzeczał występowaniu osłabienia siły mięśniowej, zaburzeń czucia w obrębie kończyn dolnych, nietrzymania moczu i/lub kału związanego z pojawiającym się bólem.

Pacjent nie leczył się z powodu przewlekłych schorzeń. Nie przyjmował żadnych leków na stałe.

W badaniu fizykalnym pacjenta stwierdzono:

- ogólny stan dobry;
- temperaturę ciała 36,6°C;
- skórę barwy cielistej, bez wykwitów patologicznych;
- akcję serca miarową o częstotści 70/min; tony serca czyste, głośnie, dźwięczne o prawidłowej akcentacji;
- ciśnienie tętnicze wynosiło 120/80 mm Hg na ramieniu prawym i 110/80 mm Hg na ramieniu lewym;
- częstość oddechów ok. 30/minutę;
- brzuch miękki, niebolesny, bez objawów otrzewnowych; wątroba niepowiększona, śledziona niepowiększona;
- ruchomość w obrębie lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz stawów krzyżowo-biodrowych zachowana;

- objaw Lassegue’a obustronnie ujemny, objaw Mackiewicza obustronnie ujemny.

Pacjentowi zlecono badania diagnostyczne (morfologia, OB, CRP, przeciwciała anty-CCP, czynnik reumatoidalny; stężenie sodu, potasu, wapnia zjonizowanego; ASO; stężenie glukozy, mocznika, kreatyniny, aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; stężenie bilirubiny, stężenie immunoglobuliny Ig E) oraz zdjęcie RTG odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Wartość stężenia CRP, OB, czynnika reumatoidalnego, przeciwciał antycytrulinowych pozostawało w granicach normy. Zdjęcie RTG dolnego odcinka kręgosłupa wykazało: zmiany zwyrodnieniowo-przeciążeniowe w stawach międzykręgowych L4/L5/S1, osteofity na krawędziach przednich odpowiednich trzonów; natomiast zdjęcie RTG stawów krzyżowo-biodrowych wykazało: zmiany zwyrodnieniowo-przeciążeniowe. Pacjentowi zalecono leczenie przeciwbólowe oraz konsultację w poradni rehabilitacyjnej.

4 miesiące później pacjent doznał złamania żuchwy i urazu zęba 36. i 37. bez uchwytnej przyczyny. Wykonano zabieg szynowania żuchwy oraz ekstrakcji pourazowej zęba 37. Okres pooperacyjny był powikłany wystąpieniem objawów suchego zębodołu. Poza tym u pacjenta rozpoznano zaawansowane zapalenie przyzębia.

4 tygodnie po urazie pacjent zgłosił się ponownie na konsultację do lekarza rodzinnego z powodu nasilającego się bólu dolnego odcinka kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych. Poza tym od kilku dni u pacjenta występował stan podgorączkowy.

W badaniu fizykalnym pacjenta stwierdzono:

- temperaturę ciała 38°C;
- skórę barwy cielistej, bez wykwitów patologicznych;
- akcję serca miarową o częstotści 70/min; tony serca czyste, głośnie, dźwięczne o prawidłowej akcentacji;
- ciśnienie tętnicze wynosiło 120/80 mm Hg na ramieniu prawym i 110/80 mm Hg na ramieniu lewym;

- częstość oddechów ok. 30/minutę;
- brzuch miękki, niebolesny, bez objawów otrzewnowych; wątroba niepowiększona, śledziona niepowiększona;
- ruchomość w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa ograniczona przez ból;
- objaw Lasegue'a obustronnie ujemny, objaw Mackiewicza obustronnie ujemny.

Pacjentowi zlecono badania diagnostyczne (morfologia, OB, CRP, białko ogólne, proteino-gram, przeciwciała anty-CCP, czynnik reumatoidalny; stężenie sodu, potasu, wapnia zjonizowanego; ASO; stężenie glukozy, mocznika, kreatyniny, aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; stężenie bilirubiny, stężenie immnoglobuliny Ig E, czasy krzepnięcia) oraz RTG odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa i kości miednicy. Poza tym pacjent we własnym zakresie wykonał badanie rezonansu magnetycznego odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa.

Z odchyień od stanu prawidłowego w wynikach wykonanych badań stwierdzono:

- w RTG kości miednicy – ogniska osteolityczne;
- w badaniu rezonansu dolnego odcinka kręgosłupa – złamanie samoistne;
- „trzycyfrowe” OB;
- wysokie stężenie mocznika, kreatyniny i kwasu moczowego;
- niedokrwistość megaloblastyczną;
- obecność białka monoklonalnego i łańcuchów lekkich w surowicy;
- białkomocz.

Wydano skierowanie do oddziału chorób wewnętrznych z rozpoznaniem: podejrzenie szpiczaka mnogiego, ostre uszkodzenie nerek. Pacjenta hospitalizowano w klinice hematologii i ostatecznie potwierdzono rozpoznanie szpiczaka mnogiego.

Omówienie przypadku

W ostatnich latach zwrócono uwagę na potencjalne związki między zapaleniem przyzębia a różnymi zaburzeniami hematologicznymi, takimi jak m.in. szpiczak mnogi [12]. Opisano także przypad-

ki pacjentów, u których pierwotnie masy guza zlokalizowały się w obrębie dżąseł w żuchwie [13].

Moura i wsp. przeprowadzili retrospektywny przegląd pacjentów, u których w latach 2010–2024 zdiagnozowano patologiczne złamania żuchwy. Zebrane informacje obejmowały: dane demograficzne, etiologię i lokalizację złamań, diagnostykę obrazową, metody leczenia, powikłania i wyniki długoterminowe. Średnia wieku badanych wynosiła 66,4 lat, z przewagą mężczyzn (78%). U 22% badanych przyczyną złamań w obrębie żuchwy były nowotwory złośliwe pierwotne [14].

Należy wyjaśnić, że w przebiegu szpiczaka mnogiego dosyć często dochodzi do zajęcia żuchwy, rzadko jest to jednak pierwszy objaw kliniczny tego schorzenia. Często zajęcie żuchwy występuje w zaawansowanym stadium choroby [15]. Powikłaniem długotrwałego leczenia bisfosfonianami w przebiegu szpiczaka mnogiego może być osteoradioneekroza, która charakteryzuje się patologicznymi złamaniami w obrębie żuchwy [16]. Natomiast w żuchwie jako ognisko pierwotne szpiczak mnogi występuje w ok. 4,4% przypadków [15].

W piśmiennictwie prezentowane przypadki pacjentów, u których pierwotne ognisko szpiczaka występowało w obrębie żuchwy [18–24].

Opisano przypadek 70-letniego mężczyzny z patologicznym złamaniem prawego kąta żuchwy wtórnym do występowania szpiczaka mnogiego. Mężczyzna miał historię wcześniejszego patologicznego złamania lewego kąta żuchwy – 13 lat wcześniej, które było leczone w innej placówce, ale nie była dostępna na ten temat żadna dokumentacja. Rozpoznano szpiczaka plazmocytozowego, a chory zmarł w wyniku niewydolności nerek [18].

Zaprezentowano także dwa przypadki szpiczaka rozpoznane w Katedrze i Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w Katowicach, zlokalizowane w przednim odcinku szczęki i w trzonie żuchwy u pacjentów powyżej 60. r.ż. Powodem zgłoszenia się pacjentów do lekarza była w pierwszym przypadku deformacja przedniego odcinka szczę-

ki z naciekiem zapalnym, w drugim dolegliwości bólowe związane z patologicznym złamaniem żuchwy [19].

Z kolei Dudek i wsp. opisali przypadek złamania patologicznego żuchwy u 74-letniej kobiety, do którego doszło podczas jedzenia. U pacjentki tej ostatecznie rozpoznano szpiczaka mnogiego [20].

Pushpanshu K i wsp. opisali przypadek 67-letniej kobiety, która zgłosiła się na konsultację z powodu bolesnej i powiększającej się masy w prawej tylnej części żuchwy, która pojawiła się około miesiąca wcześniej. Pacjentka odczuwała tępy, przerywany ból po prawej stronie żuchwy i miała trudności z jedzeniem. Badanie fizykalne wykazało obrzęk po tej samej stronie żuchwy. W wywiadzie pacjentka zgłaszała zmęczenie w ciągu ostatnich trzech miesięcy. Badanie wewnątrzustne ujawniło zlokalizowaną masę tkanki miękkiej z centralnym owrzodzeniem w tylnej części żuchwy po stronie prawej. U pacjentki rozpoznano szpiczaka mnogiego [21].

Natomiast Hedge PJ i wsp. opisali przypadek 71-letniej pacjentki, która była konsultowana z powodu trwającego od miesiąca obrzęku żuchwy. Objawy pojawiły się nagle, bez bólu, parestezji lub innych objawów ogólnoustrojowych. Obrzęk był twardy i niebolesny, bez zajęcia skóry pokrywającej lub węzłów chłonnych szyjnych. Pacjentka była bezzębna, a zmiana rozciągała się od okolicy zęba 38. do tyłu, zatykając bruzdę dziąsłowo-policzkową szczęki i żuchwy. Ostatecznie u pacjentki rozpoznano szpiczaka mnogiego [22].

Podobny przypadek zaprezentowali w swojej pracy Ali IK i wsp. U 46-letniego mężczyzny opisano przypadek szpiczaka mnogiego, którego pierwszym objawem klinicznym był obrzęk żuchwy [23].

Z kolei Furutani i wsp. przeanalizowali zdjęcia rentgenowskie 38 pacjentów leczonych z powodu szpiczaka mnogiego. U 5 z nich zauważono zmiany w żuchwie. W jednym przypadku stwierdzono patologiczne złamanie kąta żuchwy, a w innym przypadku w trzonie żuchwy wykryto obszar przejaśnienia [24].

Opisywany pacjent doznał złamania zęba 37. (klasa III wg klasyfikacji Ellisa) oraz wklonowania zęba 36. Klasyfikacja według Ellisa jest pomocna w charakteryzowaniu złamań zębów. Klasa III oznacza złamanie korony zęba z obnażeniem miazgi. Z kolei wklonowanie zęba ma miejsce, gdy pod wpływem siły ząb zostaje wtłoczony w głąb żębodołu z naruszeniem jego struktury. W obu przypadkach konieczne jest natychmiastowe specjalistyczne postępowanie stomatologiczne [25].

Nowotworowy rozrost klonu plazmocytów syntezujących immunoglobulinę monoklonalną niszczy strukturę kości, w tym części twarzowej czaszki i przyzębia. Oprócz tego u chorych dochodzi do progresji chorób przyzębia, która prowadzi do wystąpienia krwawienia z dziąseł, patologicznej ruchomości zębów, zaniku podparcia kostnego i otaczających struktur przyzębia, a w końcowej fazie do ich utraty. U ok. 20% chorych często dochodzi do odkładania się złogów amyloidu i znacznego powiększenia języka [26]. Opisano przypadek pacjentki, u której pierwszym objawem szpiczaka mnogiego było owrzodzenie języka związane z amyloidozą, która pojawiła się wtórnie w stosunku do szpiczaka mnogiego [27].

Powszechność występowania niespecyficznych bólów kręgosłupa sprawia, że szybkie i prawidłowe rozpoznanie szpiczaka mnogiego stanowi nadal duże wyzwanie dla lekarza. Należy jednak pamiętać, że 15–20% wszystkich przypadków bólów kręgosłupa stanowią specyficzne bóle, które mogą być spowodowane chorobą układową, zakażeniem, urazem czy też deformacją kręgosłupa [28].

Co istotne, chorzy na szpiczaka mnogiego skarżą się na bóle kręgosłupa, zwłaszcza lędźwiowego, żeber, opasujące klatkę piersiową, rzadziej bóle kości długich. Ból kręgosłupa może wystąpić nagle, o dużym nasileniu, z promieniowaniem do kończyn dolnych. Może występować bolesność uciskowa w obrębie żeber. W odróżnieniu od bólu spowodowanego przerzutami do kości, które czę-

sto nasilają się w nocy, bóle w przebiegu szpiczaka plazmocytoowego narastają pod wpływem ruchu, czyli mogą imitować bóle mechaniczne. Bóle kostne mogą wyprzedzać wystąpienie choroby nowotworowej nawet o kilka miesięcy. Stężenie CRP nie musi być podwyższone [3].

U opisywanego mężczyzny bólem kręgosłupa towarzyszył ból stawów krzyżowo-biodrowych. W diagnostyce różnicowej tego rodzaju dolegliwości należy wziąć w pierwszej kolejności pod uwagę zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, przerzuty nowotworowe do kości. Natomiast do rzadkich przyczyn współwystępowania tego rodzaju bólów może należeć sarkoidoza oraz toczeń rumieniowaty układowy.

Najczęstszą postacią spondyloartropatii dotykającej całego kręgosłupa jest zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa. Zmiany zapalne najczęściej dotyczą kręgosłupa piersiowego i lędźwiowego. U prawie połowy pacjentów (40–50%) z łagodną postacią zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa stwierdza się osteopenię lub osteoporozę kręgów lędźwiowych. Poważnymi powikłaniami osteoporozy są złamania kręgosłupa, do których może dojść nawet w wyniku niewielkiego urazu.

Oprócz kręgosłupa ból zapalny dotyczy stawów krzyżowo-biodrowych oraz dużych stawów (biodrowych, kolanowych, barkowych). Obecne są również zmiany pozastawowe, w tym zapalenie przyczepów ścięgien i więzadeł oraz zapalenie błony naczyniowej oka [29].

Przerzuty nowotworowe to najczęstsze nowotwory kręgosłupa, które najpierw szerzą się w obrębie trzonu, a następnie w kierunku nasad. Do najczęstszych nowotworów tworzących przerzuty do kości należą: nowotwór sutka, płuc, tarczycy, nerek, przewodu pokarmowego oraz gruczołu krokowego [30].

Zajęcie układu mięśniowo-szkieletowego obserwuje się również u 5–50% chorych na sarkoidozę i nie stanowi ono głównego objawu klinicznego. Najczęściej są zajęte stawy skokowe. Stosunkowo rzadko dochodzi do zajęcia stawów

osiowych. Jednak zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych opisywano u ok. 6% chorych na sarkoidozę. Częściej obserwuje się tworzenie ziarniaków w obrębie trzonów kręgów. Najczęściej są zajęte dolne kręgi w odcinku piersiowym kręgosłupa lub lędźwiowym [31].

Toczeń rumieniowaty układowy jest przewlekłą chorobą zapalną o podłożu autoimmunologicznym dotyczącą przynaczyniowej tkanki łącznej, połączoną z zapaleniem mniejszych tętnic i arterioli [29]. Objawy ze strony układu ruchu są powszechne u pacjentów z toczniem rumieniowatym układowym (do 90% chorych). Choć zapalenie stawów, najczęściej z obrzękiem i tkliwością, może dotyczyć każdego stawu, stwierdza się je głównie w obrębie stawów kolanowych, nadgarstków i drobnych stawów rąk. Wyniki badań wskazują, że u pacjentów z toczniem rumieniowatym układowym istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych. Zwiększone stężenie CRP jest czynnikiem ryzyka wystąpienia tego objawu [32]. Opisano przypadek ropnego zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych u pacjenta z toczniem rumieniowatym układowym [33]. Z kolei Raissa Sudre Cezarino i wsp. przebadali 96 osób z toczniem rumieniowatym układowym. Przewlekłe bóle dolnego odcinka kręgosłupa występowały u 26% badanych [34].

Dodatkowo w przypadku opisywanego mężczyzny powikłaniem po zabiegu ekstrakcji zęba było poekstrakcyjne zapalenie zębodołu (znane także jako bolesne, suche zapalenie zębodołu lub suchy zębodół). Jest to stan zapalny kości wyrostka zębodołowego po usunięciu zęba. Częstość jego występowania waha się od 1 do 5%. Jest zasadniczo wyższa u kobiet. To proces zapalny rozwijający się w 2–3. dobie po zabiegu wskutek zapalenia zakończeń nerwowych, zakażenia bakteryjnego wywołanego nieuformowaniem się, rozpadem lub usunięciem skrzepu pełniącego funkcję naturalnej bariery ochronnej. Być może wystąpienie tego schorzenia było powiązane z tym, że opisywany pacjent chorował na szpiczaka mnogiego [25,36].

Podsumowanie

W przypadku złamań żuchwy bez uchwytnej przyczyny zawsze należy wziąć pod uwagę możliwość występowania u chorego nowotworu złośliwego.

Znajomość podstawowych zagadnień traumatologii szczękowo-twarzowej oraz chirurgii stomatologicznej u lekarzy rodzinnych może okazać się niezbędna w przypadku postawienia właściwej diagnozy szpiczaka mnogiego i przyczynić się do skrócenia czasu dotarcia chorego do ośrodka specjalistycznego.

W panelu diagnostyki różnicowej niecharakterystycznych dolegliwości bólowych kręgosłupa lekarze rodzinni powinni pomyśleć o szpiczaku plazmocytowym jako o możliwym rozpoznaniu.

Długi czas od wystąpienia bólów w obrębie układu kostnego do momentu ustalenia ostatecznego rozpoznania wskazuje na konieczność lepszej edukacji lekarzy w celu wcześniejszego wykrycia choroby [1,2,31].

Nadesłano: 24-06-2025

Adres do korespondencji: redakcja@gabinetprywatny.pl

Piśmiennictwo:

- Hillengass J, Usmani S, Rajkumar SV i wsp. International myeloma working group consensus recommendations on imaging in monoclonal plasma cell disorders. *Lancet Oncol.* 2019 Jun;20(6):e302-e312. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30309-2. Erratum in: *Lancet Oncol.* 2019 Jul;20(7):e346. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30423-1. PMID: 31162104.
- Pan SY, Johnson KC, Ugnat AM i wsp. Association of obesity and cancer risk in Canada. *Am J Epidemiol.* 2004;159(3):259-68. doi: 10.1093/aje/kwh041. PMID: 14742286.
- Munshi NC, Longo DL, Anderson KC. Plasma cell disorders. In: Fauci A, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 18 th ed. New York: 2012: 936-944.
- Dudek D, Matuszek M, Helewski K, Wyrobiec G, Kalmuk A, Rychlewski A, Sołtykiewicz K. Złamanie patologiczne żuchwy w przebiegu szpiczaka mnogiego. *Magazyn Stomatologiczny.* 2012;4:54-61.
- Malecki R, Wołowicz D, Doskocz R i wsp. The coexistence of multiple myeloma and Buerger's disease – a case report. *Acta Hematologica Polonica.* 2006;37(1):91-97.
- Sutandyo N, Firna E, Agustina J I i wsp. Clinicopathology profile and bone involvement of multiple myeloma patients in Dharmasis National Cancer Hospital, Indonesia. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(15):6261-6265.
- Burton CH, Fairham SA, Millet B i wsp. Unusual aetiology of persistent back pain in a patient with multiple myeloma: infectious dicitis. *J Clin Pathol.* 1998;51:633-634.
- Yu SF, Lui CC, Pei S i wsp. Unsuspected multiple myeloma presenting as Escherichia coli infectious spondylitis: a case report. *In J Rheum Dis.* 2010;13(4):55-58.
- Kyle RA, Rajmukumar SV. Multiple myeloma. *N Eng J Med.* 2004;351:1860-2873.
- Mattle H, Mumenthaler M. *Neurologie*. 13 th ed. Georg Thieme Verlag; 2013.
- Krzyżak-Jankowicz M, Świątoniowska J, Kuźmińska E. Chronic low back pain as the predominant symptom of multiple myeloma in 62-years old woman – case report. *Medycyna Rodzinna.* 2008;(1):24-28.
- Łobacz M, Mertowska P, Mertowski S. The Bloody Crossroads: Interactions between Periodontitis and Hematologic Diseases. *Int J Mol Sci.* 2024;25(11):6115. doi: 10.3390/ijms25116115. PMID: 38892299; PMCID: PMC11173219.
- Lee SH, Huang JJ, Pan WL i wsp. Mass as the primary manifestation of multiple myeloma: report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996 Jul;82(1):75-9. doi: 10.1016/s1079-2104(96)80380-5. Erratum in: *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996;82(5):516. PMID: 8843457.
- Moura LB, Gabrielli MF, Gabrielli MA i wsp. Pathologic Mandibular Fracture as First Sign of Multiple Myeloma. *J Craniofac Surg.* 2016;27(2):e138-9. doi: 10.1097/SCS.0000000000002386. PMID: 26845097.
- Wei H, Pinting L, Enyi T i wsp. Initial finding of mandible mass in multiple myeloma. *J Craniofac Surg.* 2012;23(6):e599-600. doi: 10.1097/SCS.0b013e31826bf44c. PMID: 23172490.
- Pavkovic M, Petrushevska G, Jovanovic R i wsp. Osteonecrosis of the jaw in patients with multiple myeloma treated with bisphosphonates. *Prilozi.* 2010;31(2):39-49. PMID: 21258276.
- Chebbi W, Jerbi S, Kessominti W i wsp. Pyogenic sacroiliitis and pyomyositis in a patient with systemic lupus erythematosus. *Case Rep Rheumatol.* 2014;2014:925961. doi: 10.1155/2014/925961.
- Boffano P, Viterbo S, Barreca A i wsp. Pathologic mandibular fracture as the presenting manifestation of multiple myeloma. *J Craniofac Surg.* 2011;22(4):1312-1315. doi: 10.1097/SCS.0b013e31821c6cbe. PMID: 21772196.
- Niedzielska I, Pająk J, Drugacz J. Symptoms of oral myeloma – two case reports and literature review. *Chirurgia Polska.* 2005;7 (2):132-137.
- Dudek D, Matuszek M, Helewski K, i wsp. Pathological fracture of mandible in multiple myeloma – case report. *Magazyn Stomatologiczny.* 2012;4:10-14.
- Pushpanshu K, Punyani S, Kaushik R. Mandibular mass as the primary manifestation of multiple myeloma. *Braz J Otorhinolaryngol.* 201 ;80(3):266-267. doi: 10.1016/j.bjorl.2013.01.001. PMID: 25153114; PMCID: PMC9535485.
- Hegde PJ, Ramesh M, Shetty VV, i wsp. Multiple myeloma as a mandibular primary - Dilemma in diagnosing rare tumours of the mandible. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2024;28(1):138-141. doi: 10.4103/jomfp.jomfp_297_23. Epub 2024 Apr 15. PMID: 38800419; PMCID: PMC11126243.
- Ali IK, Parate AR, Kasat VO, Dora A. Multiple Myeloma with Primary Manifestation in the Mandible. *Cureus.* 2018;10(3):e2265. doi: 10.7759/cureus.2265. PMID: 29732272; PMCID: PMC5933576.
- Furutani M, Ohnishi M, Tanaka Y. Mandibular involvement in patients with multiple myeloma. *J Oral Maxillofac Surg.* 1994;52(1):23-25. doi: 10.1016/0278-2391(94)90007-8. PMID: 8263638.
- Chiapasco M. *Manual of Oral Surgery*. 1 st ed. Edra Roma: 2018.
- Drozdowska B. Osteonecrosis of the jaw. *Endokrynologia Polska.* 2011;62 (1):88-92.
- Zhang Y, Wu Y, Yao L i wsp. Multiple myeloma initially manifesting as a solitary deep ulcer on the tongue: a case study and literature review. *Eur J Dermatol.* 2023;33(6):618-623. doi: 10.1684/ejd.2023.4628. PMID: 38465542.
- Boos N. Infection of the Spine. In: Boos N, Aebi N, eds. *Spinal disorders. Fundamentals of diagnosis and treatment*. 1 st ed. New York: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2008: 1021-1040.
- Pfeil A, Oelzner P, Botcher J i wsp. *Elsvier Essentials Rheumatologie*. 1 st ed. Elsevier Auflage: 2018.
- Marchesi DG. Spinal metastasis. In: Boos N, Aebi N, eds. *Spinal disorders. Fundamentals of diagnosis and treatment*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 11 th ed. New York: 2008:977-996.
- Samborski W, Brzozko M i wsp. *Reumatologia praktyczna*. 1 st ed. Kraków: Wolters Kluwer Polska; 2011.
- Kayacan Erdogan E, Gokcen N, Badak SO i wsp. Sacroiliitis in systemic lupus erythematosus: The rates of involvement of the forgotten joint. *Z Rheumatol.* 2021;80(5):447-455. doi: 10.1007/s00393-020-00879-z.
- Chebbi W, Jerbi S, Kessominti W i wsp. Pyogenic sacroiliitis and pyomyositis in a patient with systemic lupus erythematosus. *Case Rep Rheumatol.* 2014;2014:925961. doi: 10.1155/2014/925961.
- Cezarino RS, Cardoso JR, Rodrigues KN i wsp. Chronic low back pain in patients with systemic lupus erythematosus: prevalence and predictors of back muscle strength and its correlation with disability. *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* 2017;57(5):438-444. doi: 10.1016/j.rbre.2017.03.003.
- Munshi NC, Longo DL, Anderson KC. Plasma cell disorders. In: Fauci A, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 18 th ed. New York: 2012: 936-944.
- Lorè B, Gargari M, Ventucci E i wsp. A complication following tooth extraction: chronic suppurative osteomyelitis. *Oral & Implantology.* 2013;6 (2):43-47.