

Bölüm 3

DİŞ HEKİMLİĞİ ALANINDA MULTİPL MİYELOM

Mert ATAOL¹

GİRİŞ

Multipl Miyelom(MM) sıklıkla bulgu vermeden ilerleyen, trombositleri etkileyen malign bir hematolojik neoplazidir. Tanısı sıklıkla başka sebeplerle yapılan muayenelerde ya da tesadüfen fark edilir. Anemiye sebep olur, immün yanıtı etkileyerek enfeksiyona yatkınlığı artırır ve osteoklastik aktivite sebebiyle ciddi ağrılar görülür. Bu çoklu etki sebebiyle oluşan kemik doku kaybı MM hastalarının %90'ında görülen bir bulgudur. Bu durumun medikal tedavisi için de bisfosfonatlar ve diğer antirezorptif ilaçlar sıklıkla kullanılmaktadır. MM hastalarında üstün faydası görülmekle birlikte, Bisfosfonatların özellikle de intravenöz uygulaması sonrasında çeşitli yan etkiler görülebilmektedir

MULTİPL MİYELOM NEDİR?

MM, trombosit hücrelerinin malign neoplazisi ile seyreden hematolojik bir problem ve primer kemik tümörüdür. Tüm kanserlerin %1.6 sını oluşturur ve yaşlı nüfusta en sık görülen primer kemik tümörüdür.Bu hastalık ileri yaşlarda, 65 yaş üzerinde daha sık görülmekte ve MM literatürde kadınlara göre erkeklerde daha fazla rastlanmaktadır.(1, 2) 5 yıllık yaşam beklentisi tedavideki gelişmelere rağmen %30 civarındadır.Patofizyolojisi tam olarak ortaya konamamış olmakla birlikte asemptomatik premalign bir durum olan monoklonal gamopatiden gelişebilmektedir. (2-4)

MULTİPL MİYELOM TEŞHİSİ

MM süreç içinde anemi, yaygın ağrı, osteolitik kemik lezyonlarına ve bunlarla ilişkili komplikasyonlara sebep olmaktadır. Ayrıca hem immün sistemi bastırarak hem de tedavisi için kullanılan medikasyonlara bağlı olarak kişinin enfeksiyon

¹ Uzm. Diş Hekimi, Zoom Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği - Ankara, ataolmert@gmail.com, ORCID iD:0000-0002-8015-168X

SONUÇ

Diş hekimlerinin. hem primer olarak oral bölgedeki MM lezyonlarının, hem de kullanılan antirezorbtif ilaçların yan etkisine bağlı olarak görülen ağız içi lezyonlarının tanısı ve tedavisi için görev almaktadırlar. Bu sebeple diş hekimlerinin MM konusunda bilgili ve dikkatli olmaları oldukça önemlidir. Literatürde MM'in ağız içi bulguları ve MRONJ tedavisi ile ilgili ortak karar ve/veya altın standart tedavi yoktur ancak üstünde uzlaşılan tedavi stratejileri temel olarak kemik nekrozunun ilerlemesini veya oluşumunu en aza indirmeye, ağrıyı ortadan kaldırmaya, enfeksiyonu kontrol etmeye ve hastanın yaşam kalitesini optimize etmeye odaklanır.

KAYNAKÇA

1. Parker SL, Davis KJ, Wingo PA, et al. Cancer Statistics by Race and Ethnicity. *A Cancer J Clin* 1998; 48: 31–48.
2. Özkocaman Vi. Miyelom Kemik Hastalığı. *HematoLog* 2013; 3: 135–147.
3. Terpos E, Dimopoulos M. Myeloma bone disease : pathophysiology and management. 2005; 1223–1231.
4. Terpos E, Berenson J, Raje N, et al. Management of bone disease in multiple myeloma. *Expert Rev Hematol* 2014; 7: 113–125.
5. Durie BGM. Diagnosis and management of multiple myeloma. *Br J Haematol* 2001; 115: 522.
6. Gridelli C. The Use of Bisphosphonates in Elderly Cancer Patients. *Oncologist* 2007; 12: 62–71.
7. Croucher PI. Bone Disease in Multiple Myeloma. *Br J Haematol* 1998; 103: 902–910.
8. Almeida TMX de, Cavalcanti ÉFF, Freitas A da S, et al. Can dentists detect multiple myeloma through oral manifestations? *Hematol Transfus Cell Ther* 2018; 40: 43–49.
9. Shah A, Lato S, Ahmad I. Multiple myeloma and dentistry. *Mult Myeloma-An Overv.*
10. Pinto LSS, Campagnoli EB, Leon JE, et al. Maxillary lesion presenting as a first sign of multiple myeloma: case report. *Med Oral, Patol Oral y Cirugía Bucal* 2007; 12: 344–347.
11. Mozaffari E, Mupparapu M, Otis L. Undiagnosed multiple myeloma causing extensive dental bleeding: report of a case and review. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology* 2002; 94: 448–453.
12. Okay E. Bone Pathology in Multiple Myeloma: Diagnosis and Treatment. *BOĞAZIÇI TiDergisi* 2020; 7: 70–74.
13. Najeeb S, Zafar MS, Khurshid Z, et al. Bisphosphonate releasing dental implant surface coatings and osseointegration: A systematic review. *J Taibah Univ Med Sci* 2017; 12: 369–375.
14. Yi JW, Lee W, Kim S, et al. Effect of Zoledronate on the Expression of Vascular Endothelial Growth Factor-A by Articular Chondrocytes and Synovial Cells : An in Vitro Study. *J Bone Metab* 2014; 21: 249–255.
15. Bedogni A, Bettini G, Totola A, et al. Oral Bisphosphonate – Associated Osteonecrosis of the Jaw After Implant Surgery : A Case Report. *J Oral Maxillofac Surg* 2010; 68: 1662–1666.

16. Rugani P, Acham S, Truschneegg A. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws : surgical treatment with ErCrYSGG-laser . Case report. YMOE 2010; 110: e1–e6.
17. Peer A, Khamaisi M. Diabetes as a Risk Factor for Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw. J Dent Res 2014; 94: 252–260.
18. Allen MR, Burr DB. The Pathogenesis of Bisphosphonate- Related Osteonecrosis of the Jaw : So Many Hypotheses , So Few Data. YJOMS 2009; 67: 61–70.
19. Guarneri V, Miles D, Robert N, et al. Bevacizumab and osteonecrosis of the jaw : incidence and association with bisphosphonate therapy in three large prospective trials in advanced breast cancer. 2010; 181–188.
20. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw—2014 update. J Oral Maxillofac Surg 2014; 72: 1938–1956.
21. Lacy MQ, Dispenzieri A, Gertz MA, et al. Mayo Clinic consensus statement for the use of bisphosphonates in multiple myeloma. Mayo Clin Proc 2006; 81: 1047–1053.
22. Hamadeh IS, Ngwa BA, Gong Y. Drug induced osteonecrosis of the jaw. Cancer Treat Rev 2015; 41: 455–464.
23. Saad F, Brown J, Van Poznak C, et al. of the jaw : integrated analysis from three blinded active-controlled phase III trials in cancer patients with bone metastases. Ann Oncol 2012; 23: 1341–1347.
24. Bodem JP, Kargus S, Engel M, et al. Value of nonsurgical therapeutic management of stage I bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. J Cranio-Maxillofacial Surg 2015; 43: 1139–1143.
25. Campisi G, Fede O Di, Musciotto A, et al. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw (BRONJ): run dental management designs and issues in diagnosis. 2007; 18: 168–172.
26. Diel JI, Fogelman I, Al-Nawas B, et al. Pathophysiology , risk factors and management of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw : Is there a diverse relationship of amino- and. 2007; 64: 198–207.
27. Demirtaş N, Aytuğar E, Kazancıoğlu HO, et al. Multiple myelomalı hastada dental yaklaşım: olgu sunumu. Atatürk Üniversitesi Dış Hekim Fakültesi Derg 2015; 10: 46–50.
28. Şahin O, Tatar B, Ekmekcioğlu C, et al. Prevention of medication related osteonecrosis of the jaw after dentoalveolar surgery: An institution's experience. J Clin Exp Dent 2020; 12: e771–e776.
29. Inchingolo AM, Malcangi G, Ferrara I, et al. MRONJ Treatment Strategies: A Systematic Review and Two Case Reports. Appl Sci; 13. Epub ahead of print 2023. DOI: 10.3390/app13074370.
30. Şahin O, Akan E, Tatar B, et al. Combined approach to treatment of advanced stages of medication-related osteonecrosis of the jaw patients. Braz J Otorhinolaryngol 2022; 88: 613–620.
31. Goker F, Grecchi E, Grecchi F, et al. Treatment of medication-related osteonecrosis of the jaw (MRONJ). A systematic review. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2021; 25: 2662–2673.