

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym druk i umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

BARTOSZ KUDLIŃSKI¹ | AGNIESZKA ŁAWNICKA² | MONIKA LISIECKA³ | ANNA BUDZYŃSKA^{4, 5} | JAKUB NOWAKOWSKI⁴⁻⁶ | JERZY SIKORSKI^{4, 5}

ROPOWICA TKANEK MIĘKKICH SZYI JAKO POWIKŁANIE PRÓCHNICY ZĘBÓW. OPIS PRZYPADKU

PHLEGMON OF THE NECK – A COMPLICATION OF DENTAL CARIES. A CASE REPORT

ORCID*: 0000-0002-7687-1887 | 0000-0001-9406-7473 | 0000-0002-5448-1263 | 0000-0003-3037-6239 | 0000-0002-3486-4435 | 0000-0002-5285-0678

STRESZCZENIE: Ropowica jest ostrym, potencjalnie niebezpiecznym dla życia zapaleniem tkanki łącznej. Lokalizacja w obrębie szyi oraz jamy ustnej jest rzadka. Jedną z przyczyn jej występowania w tym umiejscowieniu może być nieleczona próchnica zębów. W niniejszej pracy zaprezentowano przypadek 38-letniej pacjentki, u której na skutek wyżej wymienionego zaniedbania doszło do rozwoju masywnej ropowicy tkanek miękkich szyi. Chora zgłosiła się do SOR ze skierowaniem od lekarza rodzinnego z powodu zasłabnięcia. Podczas przyjęcia stan pacjentki prezentował się jako średnio ciężki. Kobieta zgłaszała trwającą od tygodnia gorączkę, ból i obrzęk tkanek miękkich szyi oraz gardła, co skutkowało wystąpieniem trudności w spożywaniu pokarmów i płynów. Pacjentka była w trakcie antybiotykoterapii zleconej w POZ. W wywiadzie: stan po embolizacji tętniaka tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej, tętnicy szyjnej wewnętrznej lewej i tętnicy środkowej mózgu dwa miesiące wcześniej, stan po tonsillektomii, próchnica zębów. Pacjentka początkowo była leczona w Oddziale Chorób Wewnętrznych, gdzie szybko pojawiły się kliniczne wykładniki krwawienia do przewodu pokarmowego oraz wstrząsu o mieszanej etiologii: krwotoczno-hipowolemicznego i septycznego. Pacjentka została przekazana w trybie pilnym do Pracowni Endoskopii Przewodu Pokarmowego w celu dokładnego zlokalizowania i opanowania źródła krwawienia, skąd z powodu rozwinięcia się niewydolności wielonarządowej (wstrząsu krwotocznego, septycznego oraz ostrej niewydolności oddechowej) została przyjęta do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Przeprowadzono szeroką diagnostykę, zaopatrzone źródło krwawienia, wdrożono także leczenie stomatologiczno-laryngologiczno-chirurgiczne. Po ustabilizowaniu stanu ogólnego na końcowym etapie kobieta była hospitalizowana w Klinice Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej w Poznaniu, gdzie ostatecznie zaopatrzone ranę szyi, pokrywając ubytek przeszczepem skóry. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu.

SŁOWA KLUCZOWE: leczenie multidyscyplinarne, obrzęk szyi, powikłania stomatologiczne, próchnica zębów, ropowica, sepsa, wstrząs septyczny, zakażenie tkanek miękkich szyi

ABSTRACT: Phlegmon is an acute, potentially lethal connective tissue inflammation, which rarely affects the region of the neck and oral cavity. It may be caused, especially when located in this area, by untreated dental caries. This paper presents the case of a 38-year-old female patient with poor oral hygiene who developed phlegmon of the neck. The patient was referred to the emergency department by her family physician after an episode of syncope. On admission, the patient's general status was fair/severe. The patient reported pain and swelling of the soft tissues of the neck and throat over the past week, as well as fever and difficulties in consuming food and liquids. She was treated with antibiotics by her family physician. Patient history: status post embolization of the right and left internal carotid arteries, as well as the middle cerebral artery; status post tonsillectomy, dental caries. The patient was initially treated at the internal diseases department where clinical signs of hemorrhage to the gastrointestinal tract

- 1 Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Uniwersyteckiego im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze
- 2 Oddział Chirurgii Ogólnej, Laparoskopowej i Endokrynologicznej Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia w Poznaniu
- 3 Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia w Poznaniu
- 4 Oddział Chirurgii Ogólnej i Obrażeń Wielonarządowych z Pododdziałem Leczenia Oparzeń Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia w Poznaniu
- 5 Zakład Praktyki Pielęgniarskiej Katedry Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
- 6 Klinika Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

✉ **AGNIESZKA ŁAWNICKA**
Oddział Chirurgii Ogólnej, Laparoskopowej i Endokrynologicznej, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia w Poznaniu, ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań, e-mail: agnese2@vp.pl

Wpłynęło: 10.07.2019

Zaakceptowano: 24.07.2019

DOI: dx.doi.org/10.15374/LR2019008

*według kolejności na liście Autorów

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym druk i umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

and shock of mixed etiology i.e. hemorrhagic-hypovolemic and septic were reported. The patient was next quickly referred to the endoscopy laboratory in order to precisely locate and manage the site of bleeding. The patient was then transferred to the Intensive Care Unit on account of hemorrhagic-septic shock and respiratory failure. Further diagnostic steps were taken at the ICU, bleeding was stopped and dental-ENT-surgical treatment was performed. After the patient's general condition became stable, she was hospitalized at the Traumatology, Burn and Plastic Surgery Clinic in Poznań, where the wound of the neck was covered with a skin graft. She was discharged home in a good clinical condition.

KEY WORDS: dental complications, edema of the neck, infection of the soft tissues of the neck, multidisciplinary treatment, phlegmone, sepsis, septic shock, tooth caries

WSTĘP

Ropowica jest ostrym, bakteryjnym zapaleniem tkanki łącznej. Najczęstszym czynnikiem etiologicznym są paciorkowce. Ropowica szyi oraz jamy ustnej jest spotykana dość rzadko. Może wystąpić jako powikłanie ropnia migdałka, anginy, ropnych zmian dotyczących zębów. Jest problemem medycznym, którego nie należy lekceważyć. Nieleczona może prowadzić do rozwoju ciężkich powikłań, w tym zagrażającego życiu wstrząsu septycznego. Zęby z martwą miazgą oraz ostre i przewlekłe procesy zapalne w obrębie zębów oraz tkanek przyzębia są tzw. ogniskami siejącymi i mogą być pierwotną przyczyną chorób, m.in.: układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, chorób reumatologicznych, nefrologicznych, diabetologicznych.

W pracy zaprezentowano przypadek 38-letniej pacjentki, u której na skutek zaniedbania próchnicy zębów doszło do rozwoju masywnej ropowicy tkanek miękkich szyi. Z powodu dolegliwości bólowych i zażywania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) oraz zaburzeń perfuzji wywołanych rozwijającym się wstrząsem septycznym powstały liczne owrzodzenia błony śluzowej żołądka, które doprowadziły do krwawienia z przewodu pokarmowego. Groźne powikłania udało się opanować dzięki multidyscyplinarnej współpracy przedstawicieli różnych zawodów medycznych.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka (lat 38) zgłosiła się do szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) ze skierowaniem od lekarza rodzinnego z powodu zasłabnięcia. Dominującymi objawami były: trwający od tygodnia ból i obrzęk tkanek miękkich szyi oraz gardła, gorączka, trudności w spożywaniu pokarmów i płynów. Zgodnie z zaleceniami lekarza POZ kobieta stosowała wówczas antybiotyki (aksetyl cefuroksymu). W wywiadzie: stan po embolizacji tętniaka tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej, tętnicy szyjnej wewnętrznej lewej i tętnicy środkowej mózgu dwa miesiące wcześniej (pacjentka w trakcie pobierania leków – kwas acetylosalicylowy, kłopidogrel), stan

po tonsillektomii, próchnica zębów. Podczas przyjęcia stan pacjentki określono jako średnio ciężki. Kobieta zgłaszała: osłabienie, trudności w mówieniu spowodowane ograniczeniem ruchomości w stawie skroniowo-żuchwowym oraz stopniowo narastający szczękościsk. W obrębie tkanek miękkich przedniej powierzchni szyi widoczny był znaczny obrzęk i zaczerwienienie. Pacjentka była w kontakcie logicznym. Brzuch w badaniu klinicznym był miękki, niebolesny. HR – 130/min., BP – 108/68, temperatura 36,9°C. Stwierdzono cechy rozwijającej się niewydolności oddechowej wskutek postępującej niedrożności górnych dróg oddechowych. Z uwagi na ciężką niedokrwistość (Hb – 3,5 mmol/l) – chora podawała, że w domu wymiotowała krwią – przetoczono 4 jednostki koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) w warunkach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR). Ponadto z odchyień laboratoryjnych w zakresie parametrów zapalnych zwracały uwagę: WBC – 23,1 tys./ μ l, CRP – 215,5 mg/l, PCT – 2,1 ng/ml. Rozpoznano wstrząs o mieszanej etiologii krwotoczno-septycznej. W USG szyi w obrębie tkanek miękkich szyi widoczna była niejednorodna, lita zmiana z obrzękiem tkanki podskórnej. Patologicznych zbiorników płynowych nie uwidocznilo. Opisywana zmiana nie odpowiadała pakietom węzłowym lub tarczycy. Konieczna była konsultacja laryngologiczna.

Z powodu braku możliwości przekazania pacjentki do Kliniki Laryngologii została ona skierowana do Oddziału Chorób Wewnętrznych, gdzie wykonano diagnostykę obrazową, pobrano posiewy krwi i moczu. Wdrożono leczenie przeciwbólowe oraz wstępną resuscytację płynową. Wysłunięto podejrzenie krwawienia z przewodu pokarmowego spowodowane długotrwałym zażywaniem niesteroidowych leków przeciwzapalnych oraz zaburzeniami perfuzji w mikrokrążeniu wywołanymi stopniowym rozwojem wstrząsu septycznego. Z powodu pojawienia się obfitej ilości smolisteo stolca w trybie pilnym wykonano konsultację chirurgiczną oraz wdrożono leczenie przeciwkrwotoczne (kwas traneksamowy, witamina K, etamsylat), omeprazol, przetoczenia preparatów krwi w stosunku 1:1:1 (KKCz, osocze, płytki krwi) oraz wykonano zabieg pilnego endoskopowego tamowania krwawienia. W Pracowni Endoskopii w trakcie

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym druk i umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

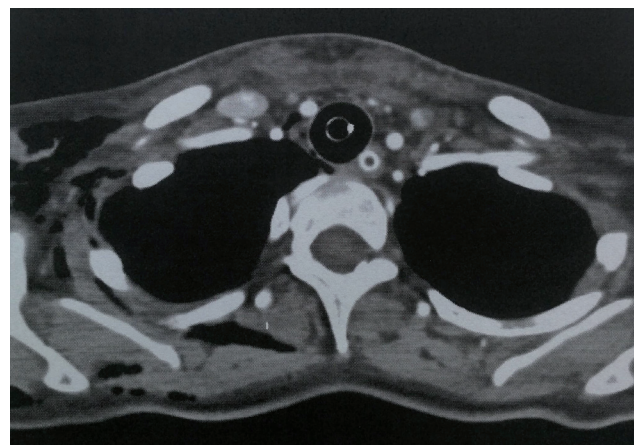
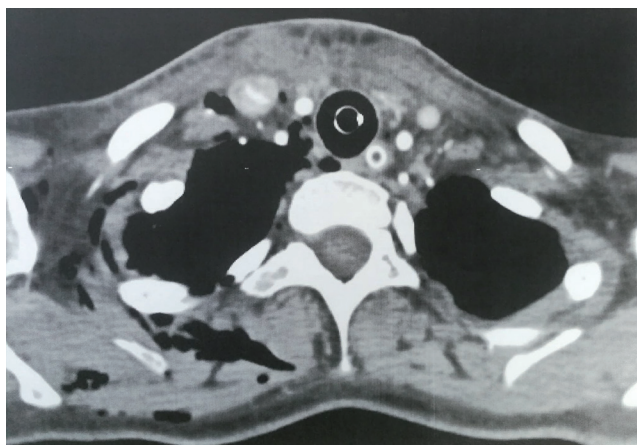
badania (w płytkiej sedacji) u kobiety rozwinął się ciężki wstrząs o mieszanej etiologii krwotoczno-septycznej. Badanie przerwano. Zdołano ocenić przełyk – prawidłowy, w żołądku stwierdzono niewielkie ilości krwi, a w opuszcce i wpuście nie stwierdzono ubytków śluzówkowych ani miejsca krwawienia. Pacjentkę przetransportowano do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIIT). Wstępne rozpoznania przy przyjęciu do OAIIT były następujące: ostra niewydolność oddechowa, krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego, wstrząs krwotoczny i septyczny. Chora była nieprzytomna, oceniona według GCS (ang. Glasgow Coma Scale) na 6 pkt., zaintubowana bez dodatkowej sedacji w warunkach bardzo trudnych (skala Mallampatiego – 3, Cormacka-Lehana – 4). Następnie u pacjentki wdrożono wentylację mechaniczną i adekwatną analgesję (propofol/fentanyl). W trakcie intubacji zlokalizowano rozległą jamę zapalno-martwiczą wypełnioną gazem, która pękła i opróżniła się na zewnątrz powłok skórnych w okolicy podżuchwowej prawej. W wykonanej bronchoskopii diagnostycznej nie stwierdzono cech rozmiękania i nacieku zapalnego na tchawicę. Wykonano nakłucie, a następnie nacięcie dużego ropnia szyi, modelującego prawy trójkąt szyjny. Ewakuowano obfitą ilość treści ropnej. Pobrano posiewy krwi i posiew z treści ropnia szyi. Włączono antybiotykoterapię: klindamycynę 3×600 mg *i.v.*, wankomycynę 3×1 g oraz meropenem 3×1 g *i.v.* i przeciwgrzybiczo flukonazol 200 mg 1×1 *i.v.* Do sanacji jamy ustnej u pacjentki zastosowano nystatynę z gentamycyną i kolistyną.

Podczas konsultacji chirurgicznej uzyskano następującą opinię: „Rana zakażona u podstawy szyi, wydziela treść ropną. W dniu rany i w obrębie brzegów rany martwica rozplywna. Wycięto tkanki martwicze, zdrenowano dostępne kieszenie w ranie. Pobrano materiał do badań bakteriologicznych. Sączkowanie setonem z jodopowidonu”.

W laryngoskopii bezpośredniej uwidoczniło się zaawansowaną próchnicę zębów przed- i trzonowych, przetoki ropne dziąseł, wyciek treści ropnej zza łuku podniebiennego prawego z perforacją w tymże łuku. Wykonano

tomografię komputerową szyi z przylegającym obrazem zatok szczękowych, kości żuchwy i szczęki. Od poziomu wyrostka zębodołowego szczęki po stronie prawej do poziomu dolnego brzegu chrząstki tarczowatej po stronie prawej widoczny był naciek zapalny z częściowo otorebkowanymi, zawierającymi pęcherzyki gazu, zbiornikami płynowymi – prawdopodobnie odpowiadającymi organizującym się i częściowo zorganizowanym zbiornikom ropnym, schodzącym w przestrzeni przygardłowej ku dołowi. Naciek na poziomie kości gnykowej penetrował w kierunku bocznym do przestrzeni podżuchwowej oraz modelował tchawicę na lewo. Łącznie maksymalne wymiary ropni: 3,2×4,6×10,5 cm. Na wysokości kości gnykowej, przytchawiczo widocznych było kilka małych zbiorników płynowych otoczonych ulegającą wzmocnieniu pokontrastowemu torebką o cechach ropni (Ryc. 1, Ryc. 2). Implant zęba 6+. W TK widoczne były liczne ubytki szkliwa w obrębie koron zębów przedtrzonowych i trzonowych górnych oraz dolnych obustronnie, z pęcherzykami gazu w obrębie 6+, 5-, 7-, -5. Obserwowano nieznaczne rozrzedzenie struktury kostnej z niewielkim przerwaniem ciągłości warstwy korowej w obrębie szczęki, głównie po stronie prawej. Hipoplazja zatok czołowych, częściowo bezpowietrzna zatoka czołowa lewa. Pozostałe zatoki były prawidłowe.

Po wstępnej resuscytacji, zgodnie z wytycznymi SSC (ang. Surviving Sepsis Campaign) z 2016 roku, oraz po przetoczeniu preparatów krwi w stosunku 1:1:1 (KKCz, osocze, płytki krwi), w sondzie żołądkowej pojawiły się czerwone popłuczyny, a podczas badania *per rectum* stwierdzono smolisty stolec. Wykonano ponowną gastroskopię, która uwidoczniła mnogie owrzodzenia w kącie żołądka – jedno o średnicy 25 mm z ogniskiem przebytego krwawienia typu Forrest III – obliterowano kilka nisz. Przeprowadzono konsultacje: stomatologiczną, laryngologiczną i chirurgiczną. W kolejnej dobie, zgodnie z zaleceniami, wykonano ekstrakcję 6 zębów trzonowych i wycięcie zniszczonych tkanek skóry przedniej okolicy szyi. Potwierdzono celowaną antybiotykoterapię według posiewów.



Ryc. 1 i 2. Tomografia komputerowa szyi z przylegającym obrazem zatok szczękowych, kości żuchwy i szczęki.

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym druk i umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

Wyniki posiewów pacjentki przedstawiały się następująco:

- wymaz z gardła – *Candida albicans* (pojedyncze kolonie);
- treść ropna z rany – *Streptococcus haemolyticus* gr. F (wzrost średnio obfity);
- posiew płwociny – leukocyty 25–35, nabłonki płaskie 5–8, liczne ziarenkowce Gram-dodatnie, liczne komórki drożdżopodobne i formy inwazyjne. Wyhodowane drobnoustroje: *Streptococcus haemolyticus* gr. F – wzrost średnio obfity, *Candida albicans* – wzrost średnio obfity;
- wymaz z przetoki – *Streptococcus viridans* (wzrost średnio obfity), *Candida albicans* (wzrost średnio obfity);
- posiewy krwi ujemne;
- treść ropna beztlenowa – *Actinomyces odontolyticus* (wzrost średnio obfity);
- wymaz z rany beztlenowy – *Actinomyces odontolyticus* (wzrost średnio obfity).

Zakażenia *A. odontolyticus* należą do bardzo rzadkich. Odpowiadają za infekcje endogenne pochodzące z błony śluzowej jamy ustnej. *Actinomyces odontolyticus* jest bakterią Gram-dodatnią, należącą do względnych beztlenowców, niewytwarzającą przetrwalników, nieruchliwą [8].

Wyniki badań mikrobiologicznych wskazywały na mieszaną etiologię zakażenia: bakteryjno-grzybiczą z przewagą paciorkowców β -hemolizujących i flory względnie beztlenowej.

Pacjentka była stopniowo wyprowadzona ze wstrząsu o mieszanej etiologii – krwotoczno-septycznej – po ustąpieniu objawów niewydolności wielonarządowej, zgodnie z wytycznymi Surviving Sepsis Campaign z 2012 roku [2]. Zakończono analgesję i uzyskano pełen powrót wydolności oddechowej, zakończony ekstubacją w 7. dobie hospitalizacji. W ocenie neurologicznej nie stwierdzono odchylenia. Kontrola laryngologiczna wykazała prawidłowe gojenie się ran. Nie obserwowano dalszych cech krwawienia z przewodu pokarmowego. Rana szyi pozostawała w fazie gojenia przez ziarninowanie, bez wycieku treści płynowej. Dziaśła i zębodoły były wygojone. Podczas konsultacji chirurgicznej w 9. dobie hospitalizacji gojenie rany szyi określono jako prawidłowe, wydzielina zapalna wydawała się być zmieszana ze śliną. W laryngoskopii rana w obrębie łuku podniebiennego prawego – wydzielanie minimalne. Zębodoły poekstrakcyjne były wygojone. Zalecono konsultację laryngologiczną i następcze (po wygojeniu przetoki ślinowej) leczenie rekonstrukcyjne powłok szyi.

Po konsultacji laryngologicznej i chirurgicznej pacjentka została przekazana do Oddziału Chirurgii Ogólnej i Obrażeń Wielonarządowych w celu dalszego leczenia gojącej się rany szyi.

W 21. dobie hospitalizacji wykonano przeszczep skóry pośredniej grubości. Ranę okolicy przedniej szyi oczyszczono z wybujałej ziarniny, do uzyskania aktywnego krwawienia. Następnie odkryto ją przeszczepem skóry pośredniej grubości, pobranym z okolicy przedniej uda prawego.

Wgajanie przeszczepu przebiegało prawidłowo, nie obserwowano cech martwicy. Po tygodniu od operacji pacjentkę zwolniono do domu w stanie ogólnym dobrym, z zaleceniami natłuszczania rany, codziennej zmiany opatrunku oraz kontroli w Poradni Chirurgicznej.

OMÓWIENIE

Ropowica jest jednostką chorobową mogącą prowadzić do bardzo ciężkich powikłań. Jej klasycznymi objawami są: obrzęk i zaczerwienienie, ból, wysoka gorączka, guz, upośledzenie funkcjonowania dotkniętych nią oraz okolicznych układów i narządów, spełnia więc podstawowe cechy stanu zapalnego. Standardowo leczy się ją z zastosowaniem antybiotykoterapii oraz stosuje się nacięcie i sączkowanie, co ma na celu ewakuację treści ropnej. Do ropowic zalicza się również: zastrzał, zanokcicę, anginę Ludwiga (ropowicę tkanek miękkich dna jamy ustnej o ciężkim przebiegu), ropowicę przestrzeni przygardłowej, czyraka, czyraczność i karbunkuła [3, 4, 6]. Jej umiejscowienie może być rozmaite. Szyja należy do rzadszych lokalizacji i wymaga specjalistycznej diagnostyki [5]. Czynniki sprzyjające rozwojowi tej jednostki chorobowej są: cukrzyca, stany obniżonej odporności organizmu, otyłość, alkoholizm, zaniedbania higieniczne. Udowodniona jest również predylekcja wiekowa (powikłanie to częściej dotyka dzieci i osoby w starszym wieku) [7]. W większości przypadków prowadzi do wystąpienia groźnych powikłań – ropowicy śródpiersia z zapaleniem płuc czy obturacją dróg oddechowych [9]. U pacjentki zaprezentowanej w opisie przypadku do ropowicy tkanek miękkich szyi doszło na tle nieleczzonej próchnicy zębów. Mąż chorej zgłaszał, iż żona panicznie bała się wizyty u stomatologa. Zamiast udać się do specjalisty, zażywała duże ilości leków przeciwbólowych, nie zdając sobie sprawy z konsekwencji. Wśród zażywanych leków przeciwbólowych znajdowały się NLPZ, które (oprócz przyjmowanych przez nią kwasu acetylosalicylowego i kłopidogrelu po zabiegu embolizacji tętniaków tętnic szyjnych i mózgowej) były dodatkowym czynnikiem predysponującym do pojawienia się owrzodzeń błony śluzowej żołądka, a następnie krwawienia do przewodu pokarmowego. Stopniowe uogólnienie miejscowego procesu zapalnego doprowadziło do rozwoju zespołu objawów sepsy, a w konsekwencji do dalszej progresji do wstrząsu o mieszanej etiologii krwotoczno-septycznej i niewydolności wielonarządowej, skutkującej bezpośrednim stanem zagrożenia życia.

Niezbędnym elementem leczenia było zlikwidowanie przyczyny choroby, czyli tak zwanego ogniska pierwotnego w celu uniknięcia nawrotu poważnej patologii.

Próchnica zębów to choroba zakaźna o etiologii bakteryjnej. Dotyczy tkanek twardych zęba. Prowadzi do ich demineralizacji i proteolizy. Leczenie polega na umieszczeniu

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym druk i umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

specjalnego materiału odbudowującego, np. amalgamatu srebra, w miejsca uszkodzonych tkanek [10]. W przypadkach zaawansowanych, gdy proces zakażenia dochodzi do tkanek miękkich znajdujących się w zębie, zachodzi konieczność leczenia kanałowego. Niepodjęcie leczenia próchnicy może skutkować rozwinięciem się zgorzeli, czyli stanu gnilnego rozkładu miazgi zęba, co często doprowadza do objęcia procesem ropnym przyległych tkanek miękkich. W pracy Bottin i wsp. próchnica zębów była wskazywana jako najczęstsza przyczyna występowania ropni szyi (42% spośród wszystkich analizowanych przypadków) [1]. U omawianej chorej doszło do tego etapu, który postępował dalej i zakażeniem objął tkanki miękkie szyi. Do lekarza kobieta zgłosiła się dopiero, gdy ból i obrzęk zaczęły utrudniać spożywanie pokarmów i płynów, a dodatkowo gorączka uniemożliwiła sprawne funkcjonowanie. Pacjentka zgłosiła się do szpitala w najbardziej newralgicznym momencie – w trakcie rozwijania się ciężkiej niewydolności wielonarządowej, wymagającej szybkiego i multidyscyplinarnego postępowania medycznego.

Dzięki skoordynowanym, specjalistycznym interwencjom udało się zażegnać bezpośredni stan zagrożenia życia i uzyskać pełny powrót do zdrowia.

WNIOSKI

Nieleczona próchnica zębów może doprowadzić do ciężkiego, zagrażającego życiu powikłania, jakim jest ropowica

tkanek miękkich szyi. Wielospecjalistyczna współpraca medyczna jest czynnikiem prowadzącym do sukcesu w leczeniu groźnych postaci ropowicy. Kompleksowość leczenia tak złożonych problemów medycznych jest czynnikiem nieodzownym.

KONFLIKT INTERESÓW: nie zgłoszono.

PIŚMIENNICTWO

1. Bottin R, Marioni G, Rinaldi R, Boninsegna M, Salvadori L, Staffieri A. Deep neck infection: a present-day complication. A retrospective review of 83 cases (1998–2001). *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003;260(10):576–579.
2. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. *Intensive Care Med* 2013;39(2):165–228.
3. Har-El G, Aroesty JH, Shaha A, Lucente FE. Changing trends in deep neck abscess. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;77(5):446–450.
4. Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS. Deep neck infection: analysis of 185 cases. *Head Neck* 2004;26(10):854–860.
5. Markowski J, Dziubdziela W, Wardas P et al. Ropowice głowy i szyi – diagnostyka i leczenie – obserwacje własne. *Otolaryngol Pol* 2012;66(3):207–213.
6. Parhiscar A, Har-El G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001;110(11):1051–1054.
7. Park CH, Han JK, Kim YT, Shin HC, Kim HH, Jou SS. A comparative study of deep neck abscess with regards to anatomical location and age groups using CT and clinical data. *J Korean Soc Radiol* 2012;66(4):309–316.
8. Povazan A, Vukelic A, Secen N, Szadanic-Velikic D, Bursac D. *Actinomyces odontolyticus* – associated bacteremia. *Maced J Med Sci* 2012;5(3):324–327.
9. Taraszkiewicz MJ, Piotrowski SM. Ropowica szyi – aktualny problem diagnostyczno-leczniczy. Opis przypadków. *Forum Med Rodz* 2018;12(4):149–155.
10. Yengopal V, Harnekar SY, Pate N, Siegfried N. Dental fillings for the treatment of caries in the primary dentition. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2016(10):CD004483.