

Paweł STĘPIEŃ  
Marta GARA-RUCIŃSKA  
Michał SZYDŁO

Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu  
Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej  
ul. Borowska 213  
Kierownik:  
dr hab. n. med. Hanna Gerber  
tel. (71) 734-36-00  
fax. (71) 734-36-09  
ateologu@aszk.wroc.pl

**Słowa kluczowe:**  
ropień zębopochodny, mięsień mostkowo-obo-  
jęczykowo sutkowy, martwica miazgi

**Key words:**  
odontogenic abscess, sternocleidomastoid muscle,  
pulp gangrene

Adres do korespondencji:  
Michał Szydło  
ul. Poleska 29/37  
51-354 Wrocław  
tel. 696 114 656  
e-mail: michal.szydlo@gazeta.pl

## **Zębopochodny ropień mięśnia mostkowo- obojczykowo-sutkowego - opis przypadku**

**Odontogenic abscess in the sternocleidomastoid muscle - case  
report**

**Ropnie szyi i twarzoczaszki najczęściej spowodowane są infekcjami zatok obocznych nosa, węzłów chłonnych, ucha środkowego, gruczołów ślinowych oraz skóry i jej przydatków. Znaczna część ropni tej okolicy ma podłoże zębopochodne. Ropnie tej ostatniej grupy w zależności od zęba przyczynowego mogą obejmować różne przestrzenie w zakresie twarzoczaszki i szyi, a w niektórych przypadkach mogą powstawać w nietypowych lokalizacjach anatomicznych. Może to następczo trudności diagnostyczne i opóźniać wdrożenie właściwego leczenia.**

### **Wstęp**

Ropnie obszaru twarzoczaszki i szyi są częstą przyczyną hospitalizacji na oddziałach zajmujących się Chirurgią Głowy i Szyi [1]. Wśród przyczyn zakażeń z tego obszaru leczonych na Oddziałach Chirurgii Szczękowo-Twarzowej na plan pierwszy wysuwają się przyczyny zębopochodne, związane z obecnością martwiczej miazgi zębów lub infekcjami przyzębia brzeźnego i tkanek okołowierzchołkowych [2,3,4,5,6,7].

Oprócz przyczyn zębopochodnych przyczyną ropni wspomnianego obszaru mogą być także: zapalenia zatok obocznych nosa, węzłów chłonnych szyi, ucha środkowego, gruczołów ślinowych oraz infekcje wywodzące się ze skóry i jej przydatków [8,9]. Ropnie zębopochodne dzielimy zależnie od miejsca gromadzenia się wydzieliny ropnej (np. ropień podbródkowy, okołozuchwowy, podjęzykowy, przeszerzeni skrzydłowo-żuchwowej, dołu nadkłowego itd), przy czym – każdy z nich posiada najczęstsze zęby przyczynowe, będące punktem ekspansji patogennych drobnoustrojów [2,3,4].

Zajmują one różne przestrzenie anatomiczne, wykazując się swoistą dynamiką, objawami i przebiegiem oraz mogą dawać różnorakie powikłania [1,2,3,8,9,10]. Wśród ropni zębopochodnych obejmujących tkankę mięśniową opisywane są ropień mięśnia żwacza oraz ropień języka. Ten ostatni nie jest prawdziwym ropniem mięśnia, gdyż ropa nie gromadzi się tu pomiędzy włóknami mięśniowymi, a raczej wypełnia wąskie przestrzenie między poszczególnymi mięśniami własnymi języka [2].

Neck and facial skeleton abscesses are most frequently caused by infections of paranasal sinuses, lymph nodes, middle ear, salivary glands and skin with its appendages. Significant part of abscesses in this region is odontogenic. According to tooth that remains ground for abscess, location of lesions may comprise different regions of facial skeleton and neck, and in some cases may be situated in anomalous anatomical localizations resulting in diagnostic difficulties that delay appropriate treatment.

Wśród ropni twarzoczaszki i szyi opisywane są przypadki niezębopochodnych ropni mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, w literaturze anglosaskiej określane jako ropnie Bezolda. Są one rzadkim powikłaniem zapalenia wyrostka sutkowatego, będącego skutkiem przewlekłego, bądź ostrego zapalenia ucha środkowego [11].

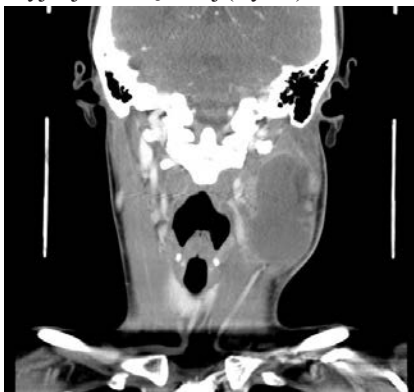
Bakterie występujące w posiewach z ropni twarzoczaszki należą do flory mieszanej. Najczęściej udaje się wyizolować ziarenkowce Gram-dodatnie: paciorkowce hemolizujące, gronkowce, enterokoki, dwoinki zapalenia płuc. Wśród pałeczek Gram-ujemnych przeważają: *Enterobacter*, *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa* oraz bakterie beztlenowe m.in. *Bacteroides corodens*, *Veilonella* spp, *Peptostreptococcus*, *Eubacterium*, *Propionibacterium acnes* [2,12].

### **Opis przypadku**

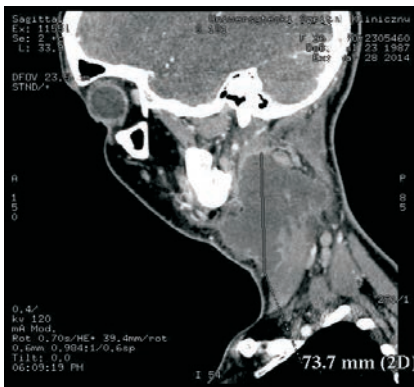
25 letnia pacjentka – z zawodu sprzedawca - zgłosiła się wraz z matką na ostry dyżur do Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, z powodu narastającego obrzęku okolicy lewego kąta żuchwy. W chwili przyjęcia chora była cierpiąca, gorączkująca. Na szyi widoczne było wygórowanie, zaczerwienione, bolesne palpacyjnie, powiększające się od 3 tygodni. Kobieta nie zgłaszała trudności w przełykaniu, ani oddychaniu. W wywiadzie chora zaprzeczyła chorobom przewlekłym. Podała, że kiedy gorzej się poczuła zwróciła się o pomoc do lekarza POZ, który wdrożył antybiotykoterapię

(Amoksiklav 2x na dobę 1000 mg), a następnie wobec braku poprawy skierował chorą na oddział chorób zakaźnych. Pacjentka była hospitalizowana na II Oddziale Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, gdzie wykonano diagnostykę w kierunku chorób pasożytniczych i zakaźnych, a po wykluczeniu tychże chorą skierowano na tutejszy ostry dyżur z podejrzeniem ropnia zębopochodnego szyi.

W badaniu klinicznym zwracał uwagę bardzo zły stan uzębienia chorej. Już we wstępnym badaniu kilkanaście zębów zakwalifikowano do pilnej ekstrakcji. Zdecydowano o potrzebie wykonania badania tomograficznego szyi i twarzoczaszki. Badanie obrazowe wykazało obecność zbiornika płynu w środkowej części mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęzycznego lewego o wymiarach 3,4 (ML) x 5,2 (AP) x 7,4 (SI) cm. (Ryc.1-3). Ropień uciskał przestrzeń naczyń szyjnych przemieszczając je przyśrodkowo oraz powodował zaciśnięcie światła żyły szyjnej wewnętrznej (Ryc.4).



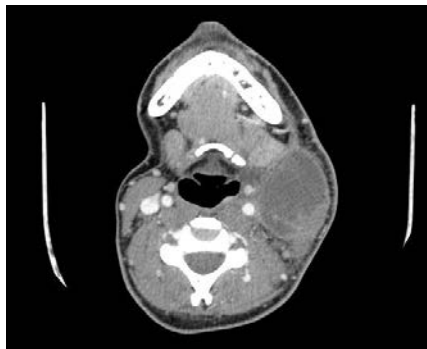
Rycina. 1



Rycina. 2

Jednocześnie zwracały uwagę prawidłowo powietrzne wyrostki sutkowate kości skroniowych, co w połączeniu z badaniem klinicznym pozwoliło na wykluczenie wspomnianego wyżej ropnia Bezolada spowodowanego zapaleniem wyrostka sutkowatego kości skroniowej. Ze względu na pogarszający się stan ogólny chorej, podjęto decyzję o niezwłocznym odbarzeniu zbiornika treści ropnej. W znieczuleniu miejscowym (2,5 ml Marcaine) nacięto ropień mięśnia

mostkowo-sutkowo-obojęzycznego strony lewej uzyskując obfity wypływ cuchnącej wydzieliny ropnej. Pobrano materiał do badania mikrobiologicznego. Wszyto gumowy sączek. Pacjentka podała natychmiastową ulgę.



Rycina. 3



Rycina. 4

Zastosowano dożylnie leczenie przeciwbakteryjne (*Zinacef* 3 x na dobę 750mg i *Metronidazol* 3 x na dobę 500mg) oraz leczenie przeciwbólowe i przeciwzapalne (*Perfalgan* i *Ketonal* doraźnie). Chorą nawadniano dożylnie. Wykonano RTG pantomograficzne twarzoczaszki (Ryc.5), a następnie w kolejnych dniach w znieczuleniu miejscowym usunięto zęby: 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 37, 44, 45, 46, 47, 37. Zębodoły wyłuszczekowano i zaszyto. Ze względu na stan uzębienia chorej podjęto decyzję o konsultacji psychiatrycznej – podejrzewając zaburzenie łaknienia na podłożu psychicznym – obraz uzębienia mógł wskazywać na długotrwałe wymioty. Badanie psychiatryczne, wywiad środowiskowy (rozmowy z matką) oraz rezultaty badań laboratoryjnych (prawidłowe stężenia jonów chlorkowych w surowicy) z dużą dozą prawdopodobieństwa pozwoliły wykluczyć bulimię i inne zaburzenia odżywiania. W kolejnych dniach obserwowano poprawę stanu miejscowego i ogólnego pacjentki. Po czterech dniach – ze względu na ustanie wypływu treści ropnej – usunięto sączek i kobietę wypisano z oddziału z zaleceniem kontroli w tutejszej poradni przyszpitalnej.

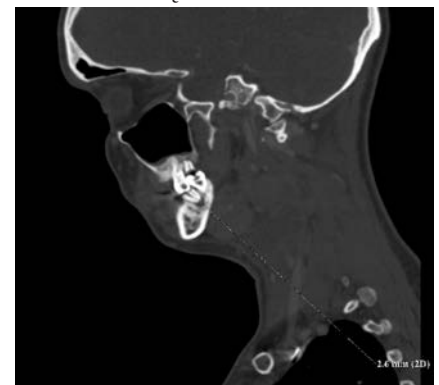
#### Omówienie

W diagnostyce ropni zębopochodnych (z wyłączeniem ropni podśluzówkowych) standardem staje się badanie tomograficzne twarzoczaszki i szyi oraz RTG pantomograficzne twarzoczaszki. To pierwsze badanie pozwala z dużą dokładnością ocenić wielkość i położenie zbiornika, a także jego relację względem naczyń krwionośnych, dróg oddechowych i sąsiadujących struktur anatomicz-

nych. Tym samym pozwala na bardziej precyzyjne zaplanowanie zabiegu i ewentualne rozważenie konieczności wykonania tracheotomii [2,3,13]. Natomiast RTG pantomograficzne zapewnia możliwość oceny całego uzębienia, co ułatwia zakwalifikowanie do ekstrakcji zębów i pozostałości korzeniowych mogących być ewentualnymi źródłami procesów zapalnych.

Leczenie ropni zębopochodnych polega na nacięciu i drenażu zbiornika ropy, usunięciu zęba (zębów) przyczynowych oraz farmakoterapii. Nacięcie ropnia w większości przypadków wykonuje się w znieczuleniu ogólnym, rzadziej – kiedy ropień umiejscowiony jest tuż pod skórą – w miejscowym. W przypadku duszności konieczne może być wykonanie tracheotomii. W leczeniu zaleca się stosowanie dwóch leków przeciwbakteryjnych np. antybiotyku o szerokim spektrum działania i metronidazolu. Pacjenci odwodnieni i wycieńczeni wymagają dożylnego uzupełnienia wody i elektrolitów oraz podania leków działających przeciwzapalnie i przeciwbólowo (najczęściej z grupy NLPZ) [1,2,3,13]. Ropnie zębopochodne mogą być przyczyną rozlicznych – w tym również niebezpiecznych dla życia pacjenta – powikłań. Do najczęściej wymienianych w literaturze należą: zakrzepowe zapalenia zatoki jamistej, zapalenie śródpiersia, ropowica oczodołu, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, ropnie przerzutowe – m.in. mózgu, nerek, płuc, mięśnia sercowego, wątroby i kości, zakrzepowe zapalenie żył twarzy, zapalenie nerwów czaszkowych, posocznica, niedrożność dróg oddechowych, zespół rozsianego, śródnaczyniowego wykrzepiania (DIC) [3,13].

Opisany przypadek pacjentki z zębopochodnym ropniem w mięśniu mostkowo-sutkowo-obojęzycznym wydaje się być rzadkim powikłaniem ostrego zapalenia tkanek okołowierchołkowych zęba. Po usunięciu zębów ze zgorzelinową miazgą i wprowadzeniu odpowiedniego leczenia uzyskano szybką poprawę stanu ogólnego i miejscowego. Ryc.5 przedstawia najbardziej prawdopodobny ząb przyczynowy będący powodem powstania ropnia. Jest to drugi dolny lewy ząb trzonowy, przy którego korzeniu dalszym można zaobserwować wyraźną zmianę okołowierchołkową.



Rycina. 5

## Piśmiennictwo

1. **Lewandowski B, Cubera T.** Zapalenia zębopochodne twarzy i szyi w materiale Oddziału Chirurgii Szczykowo-Twarzowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Rzeszowie. *Dental and Medical Problems* 2010;47:41–46.
2. **Kryst L.** (red.) Chirurgia szczękowo-twarzowa. PZWL 2011, Warszawa:124-136.
3. **Kowalik S.** Chirurgia Twarzy. Medop 2005, Stalowa Wola:399-408.
4. **Bruzewicz-Mikłaszewska B, Kordas M.** Oral sepsis – zagrożenia i profilaktyka. *Onkol Pol* 2008;11:149-152.
5. **Prokop-Franaszek M, Gackowska M, Głoda T.** Ropnie tkanek przyzębia i ropnie zębopochodne – diagnostyka, różnicowanie i leczenie. *Implantoprotetyka* 2007;3:15–21.
6. **Pawela T.** Zespół utrudnionego wyrzynania zęba mądrości. *Czas Stomatol* 1991;44:70–73.
7. **Nowak E, Wójcik S, Morawiec T.** Utrudnione wyrzynanie się trzecich zębów trzonowych w żuchwie. *Magazyn Stomatol* 2002;12:10–15.
8. **Steczko A, Trąbka-Zawicki P.** Zakażenia ropne tkanek głębokich szyi. *Terapia Laryng* 2002;9:58–63.
9. **Stypulkowska J.** Zębopochodne przetoki skórne twarzy i szyi. *Magazyn Stomatol* 2003;13:1153–1156.
10. **Scully C.** Choroby jamy ustnej. Urban & Partner 2006, Wrocław:132-139.
11. **Go C, Bernstein JM, de Jong AL, Sulek M, Friedman EM.** Intracranial complications of acute mastoiditis. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2000;52: 143-148.
12. **Labriola ID, Mascara J, Alpert B.** The microbiological flora of orofacial abscesses. *Journal of Oral & Maxillofacial Surgery* 1983;41:711-714.
13. **Nienartowicz J, Gerber H, Pawlak W, Wnukiewicz J.** Phlegmon of the face and Neck – own observations. *Czas stomatol* 2008;61:106–113.