

SYNDROME DE EAGLE: A PROPOS DE TROIS CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

ADIGO A.M.Y.¹, ADJENOU K.V.¹, ADAMBOUNOU K.¹, SONHAYE L.¹, AGODA-KOUSSEMA L.K.¹, DJAGNIKPO O.¹, BOKO E.N.², N'DAKENA K.¹

RESUME

Le syndrome de Eagle est un syndrome relativement sous évalué. Les auteurs en rapportent trois cas en vue de rappeler les aspects épidémiologique, clinique, en imagerie et thérapeutique.

Mots-clés : Syndrome de Eagle, Scanner, Afrique

ABSTRACT

EAGLE SYNDROME: ABOUT THREE CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE

The Eagle syndrome is a syndrome relatively undervalued. The authors report three cases to remind the epidemiological, clinical, in imaging and therapeutic aspects

Keywords: Eagle syndrome, CT scan, Africa

INTRODUCTION

Le syndrome de Eagle, ou syndrome stylo-carotidien, ou syndrome du processus styloïde allongé ou encore syndrome de l'américain est une cause de douleur latérocervicale irradiant à la face, due à une hypertrophie anormale de l'apophyse styloïde de l'os temporal ou à une ossification du ligament stylo-hyoïdien. Ce syndrome relativement fréquent, non recherché systématiquement, est rarement diagnostiqué [1]. Son diagnostic, selon Eagle [2], est clinique et confirmé par les moyens d'imagerie surtout la tomodensitométrie [3-5], qui joue un rôle fondamental dans la prise en charge thérapeutique chirurgicale. Nous rapportons trois cas en vue de rappeler les aspects épidémiologique, clinique, radiologique et thérapeutique de ce syndrome.

OBSERVATIONS

Cas N°1 :

Il s'agissait de Mme A. B., âgée de 47 ans sans antécédent particulier, ayant présenté une cervicalgie irradiant à la région temporale gauche. La palpation de la fosse tonsillaire était dure et douloureuse. La radiographie standard du rachis cervical a montré un allongement des apophyses styloïdes (figure 1A). Un scanner réalisé à cet effet a confirmé l'allongement des apophyses styloïdes, qui entretenait à gauche, un rapport étroit avec la branche temporale de division de la carotide externe homolatérale (figure 1B et 1C). Un traitement médical à base d'une infiltration de corticoïde (Hydrocortisone 50 mg/ 2 ml) a été faite et a permis une régression considérable de la douleur.

Le point d'injection était la fosse tonsillaire gauche, la droite n'étant pas nécessaire du fait de l'inexistence de conflit stylo-vasculo-nerveux de ce côté. La patiente est asymptomatique depuis lors avec un recul de six mois.

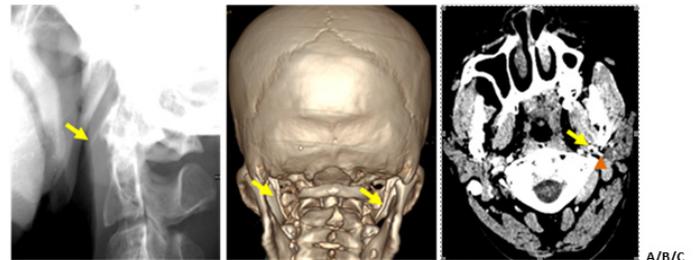


Fig. 1 : aspects radiographique (A) et scanographique (B) d'un allongement des apophyses styloïdes (flèche). A noter sur la coupe axiale TDM injectée (C) une compression de la branche de division temporale de la carotide externe gauche (tête de flèche)

Cas N°2 :

Il s'agissait de Mme C. D., âgée de 45 ans, sans antécédent pathologique connu, ayant présenté trois mois plus tôt des épisodes de vertiges. Ces vertiges avaient régressé sous traitement anti vertigineux. Le bilan ORL et cardio-vasculaire faite était revenu normal. La réapparition de la symptomatologie, secondairement associée à des céphalées profondes et à une cervicalgie latéralisée à droite, a motivé la demande d'une radiographie du rachis cervical puis de la tomodensitométrie crano-encéphalique et cervicale. Ces dernières ont montré un allongement du processus styloïde droit (figure 2A) exerçant un effet de masse sur la carotide externe homolatérale (fi-

1- Service de radiologie des CHU Campus et Sylvanus Olympio - Lomé

2- Service d'ORL du CHU Campus-Lomé

Auteur correspondant : Dr ADIGO Amégninou, Interne Titulaire des Hôpitaux de Lomé, BP : 6167, Lomé-TOGO ; Cel : (00228) 90 13 98 00; E-mail : landry05@gmail.com

gure 2B). Un traitement antalgique et anti inflammatoire par voie orale (tramadol cp 50 mg toutes les six heures / prednisone cp 20 mg toutes les douze heures) a été instauré en attente d'un traitement chirurgical. Par voie trans-buccale, nous avons procédé à un raccourcissement de l'apophyse styloïde droit. Les suites opératoires étaient simples. Depuis lors la patiente n'est plus symptomatique avec un recul de cinq mois.

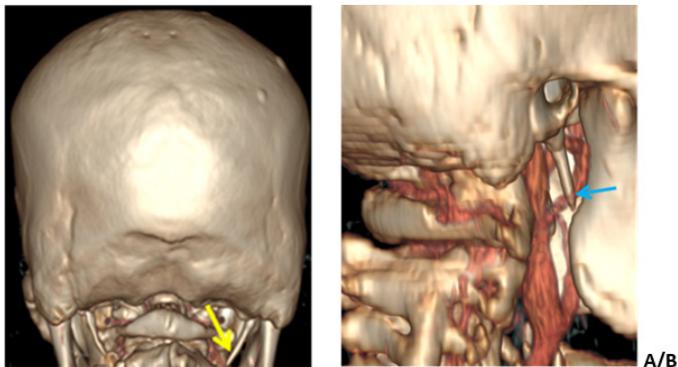


Fig. 2 : aspect TDM, reconstruction VR, d'un allongement de l'apophyse styloïde droite (A) refoulant la carotide externe homolatérale (B)

Cas N°3 :

Il s'agissait de Mme E. F., âgée de 70 ans, hypertendue connue bien suivie sous anti hypertenseur, ayant présentée une cervicalgie haute avec douleur pharyngée unilatérale gauche irradiant au cou et à l'oreille homolatérale. La tension artérielle était normale au deux bras avec 120/75 mmHg à gauche et 110/70 mmHg à droite. La palpation de la fosse tonsillaire gauche était dure et douloureuse. Le bilan radiologique (radiographie standard et TDM) a montré un allongement de l'apophyse styloïde gauche. Les figures 3A et 3B illustrent l'aspect TDM de cet allongement qui était en contact étroit avec la carotide externe homolatérale (figure 3C). Le syndrome de Eagle a été retenu et une infiltration de corticoïde (Hydrocortisone 50 mg/ 2 ml) par la fosse tonsillaire gauche a été faite. La patiente n'a plus présenté de douleur avec un recul de trois mois.

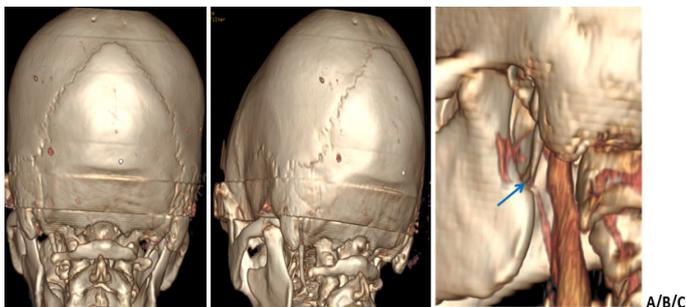


Fig. 3 : aspect TDM, reconstruction VR, d'un allongement de l'apophyse styloïde gauche (A et B) entrant en conflit avec la carotide externe ipsilatérale (C).

DISCUSSION

La valeur normale de la longueur de l'apophyse styloïde est variable selon les individus. D'après Eagle, la longueur normale du processus styloïde serait inférieure à 2,5 mm [2], et tout processus styloïde $\geq 2,5$ mm est considéré comme allongé [6]. L'allongement du processus styloïde est souvent bilatéral [7], alors que la douleur siège le plus souvent d'un côté. Dans nos observations, l'allongement était unilatéral dans deux cas et bilatéral dans un cas. Dans ce dernier cas, la douleur était unilatérale, comme dans la littérature [7]. L'incidence des processus styloïde allongé est de 4% de la population générale et seulement 0,4% de ceux-ci seront symptomatique [7, 8].

L'étiologie de la calcification ou de l'ossification du ligament stylo-hyoïdien reste peu connue, malgré diverses théories sans aucun fondement scientifique [9]. En effet, la plupart des auteurs affirment que ce syndrome fait généralement suite à un ou plusieurs traumatismes ou à une intervention chirurgicale ayant eu lieu à proximité de l'apophyse styloïde (ablation des amygdales ou chirurgie dentaire).

Sur le plan clinique, plusieurs syndromes ont été décrits: le syndrome de Eagle, le syndrome carotidien ou la carotidynie et le syndrome des nerfs crâniens [1]. Le syndrome de Eagle est marqué par une douleur unilatérale pharyngée, irradiant au cou et à l'oreille du même côté. Il peut s'agir d'une sensation de corps étranger, exacerbée par la toux, la déglutition, la rotation de la tête. A la palpation, on note une fosse tonsillaire dure et douloureuse. Le siège de la douleur diffère selon que la compression ait lieu sur la carotide externe ou la carotide interne. Pour la carotide externe, les douleurs se localisent souvent dans la région temporale, au niveau de l'oreille ou de la région sous orbitaire alors qu'elles siègent dans les régions irriguées par l'artère ophtalmique pour la carotide interne [1]. Par conséquent, il existe souvent des céphalées profondes, des vertiges et des douleurs oculaires en cas de compression de la carotide interne [1]. Nous n'avons pas observé de cas d'atteinte de la carotide interne chez nos patientes. L'irritation du para-ganglion carotidien au niveau de la bifurcation peut occasionner des vertiges, des lipothymies voire un collapsus [1]. La névralgie du glosso-pharyngien est quant à elle déclenchée par la déglutition [1].

La confirmation en imagerie du syndrome stylo-carotidien est faite par la radiographie standard, le panoramique dentaire et surtout le scanner, qui montrent une élongation de l'apophyse styloïde [3-5, 10]. Il est préférable d'analyser l'apophyse styloïde au scanner après injection de produit de contraste [5]. Ceci permet non seulement de réaliser des reconstructions 2D dans l'axe de l'apophyse styloïde pour mesurer précisément sa longueur mais également d'évaluer l'épaisseur du processus styloïde ainsi que la rela-

tion de l'apophyse styloïde avec les structures vasculaires avoisinantes, la loge amygdalienne et les constricteurs du pharynx. Les reconstructions 3D sont surtout utiles pour évaluer la relation spatiale entre l'apophyse styloïde et l'artère carotide interne [4, 5]. Nos patientes ont toutes bénéficié d'une radiographie et surtout d'une tomodensitométrie injectée du rachis cervical avec reconstruction 3D ayant permis de mettre en évidence le conflit ostéo-vasculaire.

Le diagnostic différentiel se fait à deux niveaux : clinique et radiologique [1]. Sur le plan clinique, la douleur, sans allongement du processus styloïde, peut être due à : une prothèse dentaire mal adaptée, une tumeur pharyngée ou de la base de langue, une amygdalite chronique, une douleur post amygdaléctomie, une névralgie du nerf trijumeau ou une douleur d'origine dentaire (3ème molaire). Sur le plan radiologique, il peut s'agir d'un allongement de la styloïde sans vrai syndrome de Eagle. Dans ces cas, les douleurs sont dues à des lésions soit acquises (ankylose temporo-mandibulaire, antécédent de traumatisme maxillo-facial, de chirurgie de la loge amygdalienne) soit congénitales (dysmorphose faciale, pathologie congénitale du 2ème arc branchial ou idiopathique). Le syndrome de Eagle peut être traité par des moyens médicaux et chirurgicaux. Le traitement non chirurgical consiste à rassurer le patient et à soulager les douleurs par des antalgiques et des injections d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et stéroïdes [6, 8]. Certains auteurs suggèrent l'association de la xylocaïne aux corticoïdes [1]. L'extrémité palpable du processus styloïde, la fosse tonsillaire et la petite corne de l'os hyoïde constituent les points d'injections [1]. Deux de nos patientes ont bénéficié d'une injection de corticoïdes par la fosse tonsillaire douloureuse avec rémission des douleurs, sans aucune complication observée. Dans la littérature, ce traitement conservateur est efficace à court et moyen terme, mais nécessite des injections répétitives à long terme [10, 11]. Le traitement chirurgical peut être effectué en utilisant l'une des deux approches: trans pharyngien ou extra buccal [10, 12, 13]. Une de nos patientes avait bénéficié d'un raccourcissement par voie trans-buccale de l'apophyse styloïde allongée. Il peut exister une persistance de la symptomatologie après traitement chirurgical, ce qui nous amène à poser des questions sur l'efficacité de la technique opératoire [10] et la présence d'une éventuelle pathologie associée mais méconnue. Dans notre cas, il avait une disparition complète de la symptomatologie après l'intervention chirurgicale.

CONCLUSION

Le syndrome de Eagle est une pathologie de diagnostic clinique relativement facile. Les moyens d'imagerie, en particulier la tomodensitométrie injectée, permettent non seulement une évaluation de

l'allongement du processus styloïde mais aussi l'appréciation de ses structures avoisinantes dans le cadre d'un bilan pré thérapeutique. Cependant, ce syndrome demeure méconnu dans bien de cas. Il faudra donc y penser devant les cervicalgies et les vertiges sans causes observées.

REFERENCES

- 1- Ait Ali Yahia D, Tanguy JY, Nedelcu C, Bouvier, Delorme B, Gourdiér AL et al. Syndrome d'EAGLE ou syndrome de l'apophyse styloïde. SFR 2013. <http://pe.sfrnet.org>. (consulté le 14 Juin 2014)
- 2- Eagle WW. Elongated styloid process; further observations and a new syndrome. Arch Otolaryngol 1948; 47(5):630-40.
- 3- Raina D, Gothi R, Rajan S. Eagle syndrome. Indian J Radiol Imaging 2009;19(2):107-8.
- 4- Savranlar A, Uzun L, Uğur MB, Ozer T. Three-dimensional CT of Eagle's syndrome. Diagn Interv Radiol 2005;11(4):206-9.
- 5- Ramadan SU, Gokharman D, Tuncbilek I, Kacar M, Koşar P, Kosar U. Assessment of the stylohyoid chain by 3D-CT. Surg Radiol Anat 2007; 29(7):583-8.
- 6- Ceylan A, Köybasıoğlu A, Celenk F, Yılmaz O, Uslu S. Surgical treatment of elongated styloid process: Experience of 61 cases. Skull Base 2008;18(5):289-295.
- 7- Prasad KC, Kamath MP, Reddy KJ, Raju K, Agarwal S. Elongated styloid process (Eagle's syndrome): A clinical study. J Oral Maxillofac Surg 2002;60(2):171-175.
- 8- Politi M, Toro C, Tenani G. A rare cause of cervical pain: Eagle's syndrome. Int J Dent 2009;2009:781297.
- 9- Dulguerov P, Kohler R, Becker M. Carotidynie et syndrome d'Eagle : deux syndromes classiques à redécouvrir. Rev Med Suisse 2011;7(311):1929-1934.
- 10- Shivani J, Ashok B, Samrity P, Deepti V.P. Styloid-stylohyoid syndrome. Ann Maxillofac Surg 2012; 2(1): 66-69.
- 11- Colby C, Del Gaudio J. Styloid complex syndrome. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2011; 137(3): 248-252
- 12- De Souza Carvalho AC, Magro Filho O, Garcia IR Jr, de Holanda ME, de Menezes JM Jr. Intraoral approach for surgical treatment of Eagle syndrome. Br J Oral Maxillofac Surg 2009;47(2):153-154.
- 13- Chrcanovic BR, Custódio AL, de Oliveira DR. An intraoral surgical approach to the styloid process in Eagle's syndrome. Oral Maxillofac Surg 2009;13(3):145-151.