

Algies cervicofaciales : penser au syndrome d'Eagle

Eagle's syndrome and neck pain

R. El Khiati · S. Rouadi · R. Abada · M. Mahtar · M. Roubal · A. Janah · M. Essaadi · F. Kadiri

Reçu le 30 novembre 2012 ; accepté le 17 mai 2013
© Springer-Verlag France 2013

Introduction

Le syndrome d'Eagle se caractérise par une multitude de symptômes associés à une douleur cervicofaciale, en rapport avec une hypertrophie anormale de l'apophyse styloïde de l'os temporal ou d'une calcification du ligament stylo-hyoïdien créant un phénomène de tension et d'irritation des structures avoisinantes [14]. La prévalence des styloïdes longues varie autour de 4 % [11] mais seulement 4 % des sujets qui en sont porteurs présentent une douleur. Cette entité clinique fut décrite pour la première fois par Eagle en 1937 [7]. C'est une cause rare d'algies cervicofaciales, peu connue et qui pose un problème de diagnostic différentiel avec de nombreuses pathologies en otorhinolaryngologie et en chirurgie maxillofaciale.

Observation

Madame F.A., âgée de 41 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, présente depuis trois ans une douleur de la région de l'angle mandibulaire et submandibulaire gauche. Cette douleur était intermittente au début avec des épisodes de douleur vive, intense et handicapante, à type de décharge électrique de la région de l'angle mandibulaire gauche, irradiant vers l'oreille. La patiente a alors consulté plusieurs fois et bénéficié de multiples traitements, faits d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'antalgiques de palier II, à type de tramadol, le plus souvent en association, sans aucune amélioration. La douleur a évolué depuis un an, avec l'apparition d'une gêne pharyngée gauche et l'installation d'un fond douloureux permanent côté à 4 selon l'échelle visuelle analogique (EVA), auquel se surajoutent des épisodes de douleur vive et intense côtés à 8 (EVA) lorsque la

patiente parle, avale, mâche, tourne la tête à droite et surtout baille. L'examen clinique retrouve une limitation de l'ouverture buccale à deux travers de doigts, une limitation de la rotation de la tête vers la droite, et à la palpation endobuccale, une apophyse styloïde palpable au niveau des piliers antérieurs des deux régions amygdaliennes avec exacerbation de la douleur lors de sa pression à gauche. Un bilan complet à la recherche d'une autre pathologie s'est révélé normal, notamment un examen maxillofacial et une fibroscopie des voies aérodigestives supérieures sans particularités. La tomodensitométrie cervicale note une longue apophyse styloïde avec calcification du ligament stylo-hyoïdien (Figs 1, 2). Devant l'absence de signes orientant vers une autre pathologie, et la douleur provoquée lors de la pression de l'apophyse styloïde gauche, le syndrome d'Eagle a été évoqué et la patiente a été mise sous carbamazépine à la dose de 400 mg par jour, ce qui réduisit la douleur sans la faire disparaître. Des épisodes douloureux côtés à 6 (EVA) persistaient lorsque la patiente tournait la tête et bavait tandis que le fond douloureux avait disparu. Une chirurgie par voie externe avec exérèse du ligament stylo-hyoïdien calcifié a alors été indiquée (Figs 3, 4). Le résultat histologique retrouve du tissu osseux sans signe de malignité. Les suites postopératoires notent une parésie du nerf grand hypoglosse qui a totalement récupéré à deux mois de l'acte opératoire avec disparition totale de la douleur sus-décrite avec un recul de deux ans.

Discussion

La styloïde est une expansion osseuse de la base de l'os temporal immédiatement en arrière de la mastoïde et à la jonction des portions pétreuse et tympanique, bordée de part et d'autre par les branches interne et externe de l'artère carotide. Sur l'apophyse styloïde s'insèrent trois muscles (stylo-pharyngien, stylo-hyoïdien et styloglosse) et deux ligaments (stylo-hyoïdien et stylo-mandibulaire) [13] délimitant ainsi l'espace rétrostylien. Les anomalies, comme la longueur exagérée de la styloïde, la calcification de la petite come

R. El Khiati (✉) · S. Rouadi · R. Abada · M. Mahtar · M. Roubal · A. Janah · M. Essaadi · F. Kadiri
Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale,
hôpital du 20 août, Casablanca, Maroc
e-mail : ghizlaineelkhiati@gmail.com

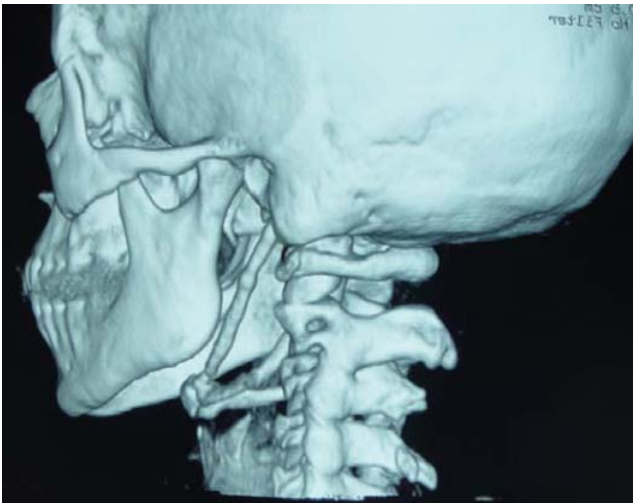


Fig. 1 Tomodensitométrie cervicale avec reconstruction 3D (vue sagittale) : ossification du ligament stylo-hyoïdien gauche



Fig. 2 Tomodensitométrie cervicale avec reconstruction 3D (vue de face). Ossification bilatérale du ligament stylo-hyoïdien

de l'os hyoïde ou du ligament stylo-hyoïdien créent un phénomène de tension et d'irritation des structures avoisinantes constituées par le paquet vasculonerveux avec les nerfs – vague, glossopharyngien, facial – et les vaisseaux carotidien et jugulaire interne [6]. Une apophyse styloïde de taille supérieure à 25 mm est considérée comme anormalement longue [8,11]. La prévalence des styloïdes longues mesurées sur plusieurs cohortes de patients varie autour de 4 % [11] mais seulement 4 % à 10,3 % d'entre eux développeront un syndrome douloureux. L'incidence réelle n'est donc que de

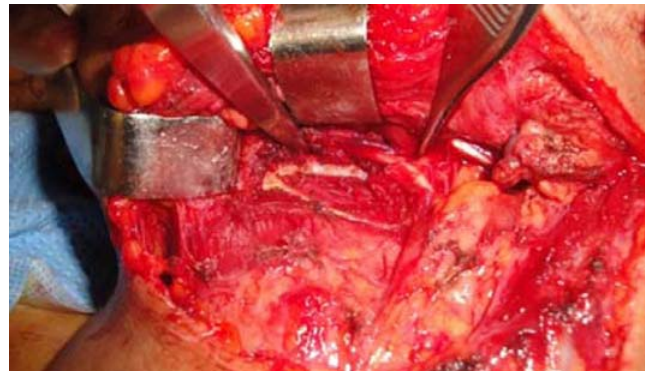


Fig. 3 Exérèse du ligament stylo-hyoïdien gauche par voie externe : ligament stylo-hyoïdien ossifié, inséré au niveau de la petite corne de l'os hyoïde

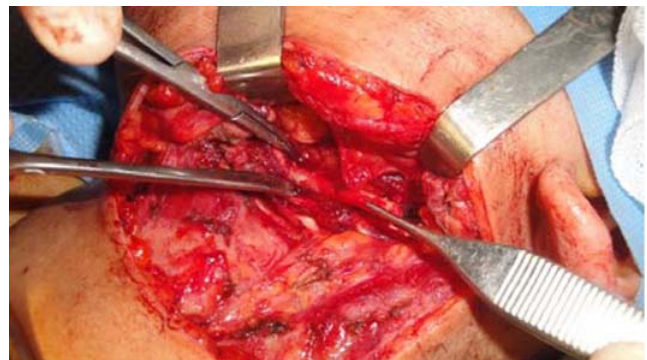


Fig. 4 Exérèse du ligament stylo-hyoïdien gauche par voie externe : ligament stylo-hyoïdien ossifié, prolongeant l'apophyse styloïde

0,16 % avec une nette prédominance féminine puisque le sex-ratio est de 3 [8]. L'atteinte est généralement bilatérale tandis que les symptômes sont le plus souvent unilatéraux [12]. La sévérité de ces symptômes n'est pas corrélée à la taille de la styloïde [12].

La physiopathologie de cette anomalie est mal élucidée et plusieurs hypothèses sont émises. Pour Epifanio [9], l'ossification de la styloïde était due à des désordres hormonaux notamment lors de la ménopause. D'autres auteurs incriminent une cause embryologique par calcification accrue du centre de croissance styloïdien ou encore une cause génétique [5].

La symptomatologie est polymorphe, faite de cervicalgies aggravées lors de mouvements céphaliques d'hyperextension associées à d'autres signes notamment céphalées, odynophagie, otalgie, dysphagie, sensation de gêne pharyngée, limitation de l'ouverture buccale, dysphonie, hypersalivation, craquement [2-5,13].

Cliniquement, la douleur survient ou augmente, soit lors de la palpation de la loge amygdalienne, soit lors de manœuvres dynamiques de flexion-extension-rotation du rachis cervical. La palpation peut révéler l'apophyse styloïde au

niveau des fossettes tonsillaires [14]. Le diagnostic du syndrome d'Eagle est clinique, après élimination de toute pathologie organique oropharyngée, palpatoire par palpation de la loge amygdalienne, et radiologique par radiographie panoramique et surtout par tomодensitométrie visualisant le complexe stylo-hyoïdien, et la longueur de l'apophyse styloïde.

Le diagnostic différentiel est essentiel avec toutes les pathologies cervicopharyngées, telles que les lésions de l'oropharynx, infectieuses ou carcinologiques, les névralgies des nerfs glossopharyngien, trijumeau ou laryngé supérieur, les pathologies de l'articulation temporomandibulaire [1,6].

Le traitement non chirurgical peut être indiqué dans un premier temps. Le plus souvent, une injection au niveau de la loge amygdalienne de 25 mg d'hydrocortisone diluée dans 1 ml de lidocaïne réduit la douleur et aide grandement au diagnostic. Le traitement médical comprend en première intention l'administration de carbamazépine (Finlepsin[®], Stazepin[®], Tegretol[®]) à la dose de 400 mg pouvant aller jusqu'à 800 mg. Les antihistaminiques, tels que la diprazine à la dose de 0,025 g trois fois par jour, peuvent être administrés. Les neuroleptiques, les antidépresseurs et les tranquillisants peuvent également être prescrits. Généralement, 6 à 12 mois après le début du traitement médical, on note une recrudescence de la douleur [10,13]. La thérapeutique est chirurgicale et est basée sur la résection du processus calcifié et la libération des structures vasculonerveuses comprimées, réalisée soit par voie endobuccale ou par voie externe [15,16].

Conclusion

Le syndrome d'Eagle est une entité rare, peu connue, cause de douleurs handicapantes auquel il faut savoir penser devant une algie de la face après avoir éliminé toute autre pathologie ORL et neurologique, en particulier névralgique.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Aral IL, Karaca I, Güngör N (1997) Eagle's syndrome masquerading as pain of dental origin. Case report. *Aust Dent J* 42:18–9
2. Atsu SS, Tekdemir I, Elhan A (2006) The coexistence of temporomandibular disorders and styloid process fracture: a clinical report. *J Prosthet Dent* 95:417–20
3. Beder E, Ozgursoy OB, Karatayli Ozgursoy SK (2005) Current diagnosis and transoral surgical treatment of Eagle's syndrome. *J Oral Maxillofac Surg* 63:1742–5
4. Blythe JN, Matthews NS, Connor S (2009) Eagle's syndrome after fracture of the elongated styloid process. *Br J Oral Maxillofac Surg* 47:233–5
5. Bouguila J, Khonsari RH, Pierrefeu A, Corre P (2011) Eagle syndrome: a rare and atypical pain!. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 112:348–52
6. Colby C, Del Gaudio J (2011) Styloid complex syndrome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 137:248–52
7. Eagle WW (1937) Elongated styloid process: report of two cases. *Arch Otolaryngol* 25:584–7
8. Eagle WW (1948) Elongated styloid process: further observations and a new syndrome. *Arch Otolaryngol* 47:630–40
9. Epifanio G (1962) Processi stiloidei lunghi e ossificazione della catena stiloidea. *Rad Prat* 12:127–32
10. Gervickas A, Kubilius R, Sabalys G (2004) Clinic, Diagnostics and Treatment Peculiarities of Eagle's syndrome. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 6:11–3
11. Ilgüy M, Ilgüy D, Güler N, et al (2005) Incidence of the type and calcification patterns in patients with elongated styloid process. *J Int Med Res* 33:96–102
12. Lerra S, Nazir T, Qadri SM, Kirmani MA (2009) Eagle's syndrome: a rare presentation with bilateral otalgia and review of literature. *The Internet Journal of Otorhinolaryngology* 9
13. Mendelsohn A, Berke GS, Chhetri DK (2006) Heterogeneity in the clinical presentation of eagle's syndrome. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* 134:389–93
14. Oueslati S, Douira W, Dhieb R, et al (2006) Le syndrome de Eagle. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 123:152–6
15. Philipp K, Barnes EL, Carrau RL (2001) Eagle's Syndrome produced by a granular cell tumor. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 127:1499–501
16. Zohar Y, Strauss M, Laurian N (1995) Elongated styloid process syndrome: intraoral versus external approach for styloid surgery. *Laryngoscope* 95:976–9