

Introduction

Eagle syndrome (ES) se définit comme une symptomatologie en rapport avec une élongation du processus styloïde (PS) ou une calcification du ligament stylo-hyoïdien ou les 2 à la fois [1,2]. Il a été décrit pour la première fois par l'américain Eagle en 1937 [3]. normalement l'apophyse styloïde (AS) a une longueur de moins de 3 cm, au-dessus de cette longueur, elle est considérée comme pathologique [4].

ES est une affection clinique non perçue et sous-diagnostiquée de la tête et du cou, dont la douleur chronique est l'une des principales causes de troubles psychologiques et de la dépression . Les symptômes récurrents de la douleur chronique peuvent affecter la vie quotidienne et le travail des patients, ce qui entraîne souvent une détresse mentale.

Objectifs

1- Rappeler la nécessité d'évoquer ce type de pathologie devant une symptomatologie cervicale trainante et exposer les difficultés de diagnostique - Choisir la meilleur voie d'abord pour ce type de pathologie.

2-

Méthodes et Matériels

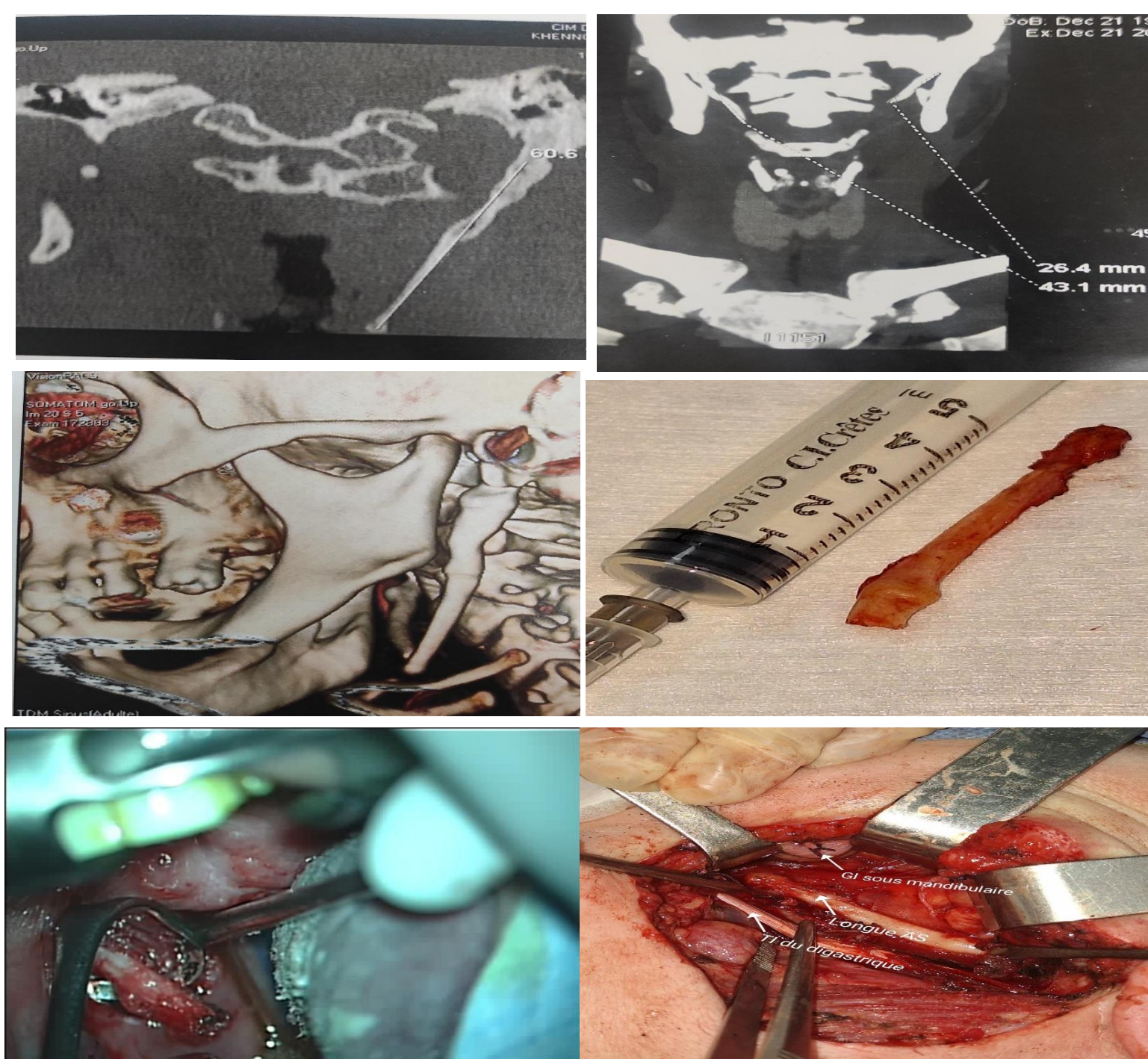
Nous rapportons six observations de patients qui ont présenté une symptomatologie en rapport avec une apophyse styloïde longue de plus de 3 cm. Tous nos patients avaient une TDM qui a confirmé le diagnostic. 5 de nos patients ont subi une intervention chirurgicale. Alors, qu'une patient a été traité médicalement.

Résultats

Nous avons colligé 5 femmes et un homme avec un sex-ratio de 5/1. L'âge de nos 6 patients varie entre 28 et 54 ans avec une moyenne de 37.83 ans. Un seul patient de sexe masculin avait comme antécédents à l'enfance 3 gestes chirurgicaux pour division labio-vélo palatine. Le délai de diagnostique était long avec une moyenne de 19 mois . La symptomatologie était non spécifique est trompeuse chez tous nos patients avec une otalgie reflex accentuée à la rotation de la tête retrouvait chez 3 patients, une odyndophagie retrouvait chez tous nos patients. Cette douleur pharyngée est d'intensité variable entrainant parfois des insomnies et obligeant le patient à consulter plusieurs spécialistes. Un patient a été mis sous antalgiques de deuxième palier et sous des antidépresseurs. Alors, Chez un autre patient le diagnostic d'une amygdalite chronique a été posé pour expliquer cette douleur et une amygdalectomie a été pratiquée chez lui. Une TDM cervicale a objectivé une PS longue bilatérale dans 2 cas et unilatérale dans 4 cas . La taille de PS varie entre 3 et 6.8 cm avec une moyenne de 44 mm.

Un patient était traité médicalement par des anti inflammatoires et des antalgiques de 1^{er} palier. Tandis que les 5 autres étaient traités chirurgicalement, 4 par voie externe (des 2 cotés chez 2 patients) et par voie endo buccale chez un patient.

Les suites opératoires étaient simples avec disparition de la douleur le lendemain de l'intervention. Un patient opéré par voie endobuccale a présenté une reprise de la symptomatologie 4 mois après l'intervention et a été repris par voie externe.



Discussion

Décrit pour la première fois par Eagle en 1937, l'ES est une maladie rare caractérisée par une longueur et/ou une pente anormale du SP [[5] L'origine d'un ESP ou d'un ligament styloïde ossifié peut être identifiée dans le tissu cartilagineux embryologique conservé du cartilage de Reichert, la calcification du ligament stylomandibulaire ou l'expansion du tissu osseux à l'origine du ligament stylomandibulaire [6]. une inflammation due au vieillissement et une hyperplasie ou métaplasie réactive due à un traumatisme ou simplement comme une variante anatomique sans preuve ni antécédents de traumatisme, mais la cause exacte et l'étiopathogénèse restent floues [7]. Le syndrome est classé en deux sous-groupes ; le type classique qui comprend l'odynophagie, la dysphagie, l'otalgie , douleurs cervicales ou faciales, provoquées par des mouvements de rotation de la tête. Plus rarement le type vasculaire '(stylo-carotidien) qui se manifeste par des douleurs pariétales ou périorbitaires et des symptômes neurologiques tels que des céphalées, des étourdissements, une perte visuelle transitoire, une syncope et un accident vasculaire cérébral, souvent causés par la compression ou par la dissection de l'artère carotide elle-même [8]. Le traitement dans la forme classique peut être de manière conservatrice avec des analgésiques, des stéroïdes ou une anesthésie locale, une approche chirurgicale est préférée en cas de complications vasculaires et neurologiques majeures. Une styloïdectomie peut être réalisée et une méthode transorale ou transcervicale peut être choisie.[9,10].). Habituellement, le choix est dicté par la préférence ou l'expérience du chirurgien. Les avantages de l'approche transorale comprennent la perte de cicatrice cutanée, la réduction du temps peropératoire et la possibilité d'utiliser une anesthésie locale [11] . Cependant, l'approche transorale présente plusieurs inconvénients, notamment le risque d'infection cervicale profonde, une mauvaise visualisation du champ opératoire et la possibilité de lésions neurovasculaires [12] . L'approche transcervicale permet d'avoir un champ chirurgical plus large, non contaminé. Elle permet également d'éviter le risque de lésion neurovasculaire. Elle présente toutefois des inconvénients, notamment la visibilité d'une cicatrice cutanée, une lésion de la branche mandibulaire marginale du nerf facial, une paresthésie du nerf grand auriculaire et une augmentation du temps peropératoire [13] .

Conclusion

Le SE est une pathologie rare. La grande variabilité de ses manifestations cliniques, souvent atypiques peut rendre le véritable diagnostic encore plus difficile. Il faut penser à cette pathologie devant une symptomatologie pharyngée trainante. La TDM pose le diagnostic. La styloïdectomie chirurgicale par voie externe reste le traitement de choix

Références

- Murtagh RD, Caracciolo JT, Fernandez G. CT findings associated with Eagle syndrome. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2001;22 (7): 1401-2.
- Lorman JG, Biggs JR. The Eagle syndrome. *AJR Am J Roentgenol.* 1983;140 (5): 881-2.
- Eagle WW. Elongated styloid processes: report of two cases. *Arch Otolaryngol* 1937;47:584-87
- Badhey A, Jategaonkar A, Anglin Kovacs AJ, et al.. Syndrome d'Eagle : une revue complète. *Clin Neurol Neurosurg.* 2017 ; 159 : 34-8).5
- Eagle WW. Processus styloïde allongé ; observations supplémentaires et nouveau syndrome. *Arch Otolaryngol (1925)* 1948 ; 47 : 630-40Murtagh RD, 7- 7-7
- Caracciolo JT, Fernandez G. Résultats de la tomodensitométrie associés au syndrome d'Eagle. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2001 ; 22 : 1401-2
- Steinmann EP. Syndrome styloïde en l'absence d'un processus allongé. *Acta Otolaryngol.* 1968; 66 : 347-56
- Pagano S, Ricciuti V, Mancini F, Barbieri FR, Chegai F, Marini A, et al . Syndrome d'Eagle : une revue mise à jour. *Surg Neurol Int* 2023;14:389
- Badhey A, Jategaonkar A, Anglin Kovacs AJ, Kadakia S, De Deyn PP, Ducic Y, et al. Syndrome d'Eagle : une revue complète. *Clin Neurol Neurosurg.* 2017 ; 159 : 34-8
- Demirtaş H, Kayan M, Koyuncuoğlu HR, Çelik AO, Kara M, Şengeze N. Syndrome d'Eagle provoquant une compression vasculaire avec rotation cervicale : rapport de cas. *Pol J Radiol.* 2016 ; 81 : 277-80
- Papadiochos I, Papadiochou S, Sarivalasis ES, et al.. Traitement du syndrome d'Eagle par approche transcervicale secondaire à une tentative intraorale ratée : technique chirurgicale et revue de la littérature . *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2017 ; 118 : 353-8. 10.1016/j.jormas.2017.06.017
- Müderriş T, Bercin S, Sevil E, et al.. Prise en charge chirurgicale du processus styloïde allongé : intra-oral ou transcervical ? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2014 ; 271 : 1709-13. 10.1007/s00405-013-2664-0
- Papadiochos I, Papadiochou S, Sarivalasis ES, et al.. Traitement du syndrome d'Eagle par approche transcervicale secondaire à une tentative intraorale ratée : technique chirurgicale et revue de la littérature . *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2017 ; 118 : 353-8. 10.1016/j.jormas.2017.06.017