

Zespół Eagle'a – opis rzadkiego przypadku obustronnego wydłużenia wyrostków rylcowatych

Eagle's syndrome – report of rare case of bilateral elongation of styloid processes

Piotr Arkuszewski, Aleksander Przygoński, Marta Tyndorf

SUMMARY

Eagle's syndrome associated with elongation of styloid process or mineralization of styloid complex is uncommon pathology. The etiology of this disease has not yet be known. Main symptom of Eagle's syndrome is cervical, facial and pharyngeal pain. The authors present a case of man who suffered from severe bilateral cervical pain. After the diagnosis of both side elongated styloid process syndrome, surgical treatment was conducted. Extraoral resection of styloid processes resulted in complete and lasting pain relief.

Hasła indeksowe: wydłużenie wyrostka rylcowatego, ból szyi, dostęp chirurgiczny

Key words: styloid process elongation, cervical pain, surgical aproach

Otolaryngol Pol 2009;
63 (2): 162-164

©by Towarzystwo

Otarynolaryngologów –
Chirurgów Głowy i Szyi

Otrzymań/Received:
24.10.2008

Zaakceptowano do
druku/Accepted:
02.12.2008

Klinika Chirurgii

Czaszkowo-

Szczekowo-Twarzowej

I Onkologicznej

Uniwersytetu

Medycznego w Łodzi

Kierownik: prof. Piotr

Arkuszewski

Wkład pracy autorów/
Authors contribution:

wg kolejności

Konflikt interesu/
Conflicts of interest:

Autorzy pracy nie zgłaszają
konfliktu interesów.

Adres do korespondencji/
Address for

correspondence:

imię i nazwisko:

Marta Tyndorf

adres pocztowy:

ul. Kopcińskiego 22

90-153 Łódź

tel. +48426776788

e-mail kccst@o2.pl

Wstęp

Zespół Eagle'a charakteryzuje się nawracającymi bólami gardła, twarzy i szyi. Dolegliwości powodowane są wydłużeniem wyrostka rylcowatego lub zwapnieniem więzadła rylcowo-gnykowego (Buono i wsp.). Obraz radiologiczny odpowiadający powyższym zmianom obserwuje się z częstością 1,4–30% populacji, lecz jedynie u 4% pacjentów z wydłużonym wyrostkiem rylcowatym rozwija się zespół bólowy (Beder i wsp.).

Wyróżnia się dwa typy kliniczne zespołu Eagle'a:

1) klasyczny zespół rylcowo-gnykowy;

2) zespół związany z „kolizją” wyrostka rylcowatego

i tętnicy szyjnej.

Pierwszy niemal zawsze rozwija się po wycięciu migdałka podniebiennego i charakteryzuje się tępy, ciągłym bólem gardła promieniującym do ucha. Czasem pacjenci zgłaszają uczucie ciała obcego w przestrzeni przygardłowej, ból podczas przełykania, dysfagię oraz ból twarzy i /lub szyi.

W drugim przypadku, w którym nie stwierdza się związku z przejściem zabiegu tonsillektomii dolegliwości powstają na skutek drażnienia tętnicy szyjnej oraz autonomicznych włókien nerwowych z nią związanych przez wydłużonych wyrostek rylcowaty. Dla tego typu zespołu charakterystyczny jest ból szyi promieniujący do obszarów zaopatrywanych przez tętnicę oczną łącznie z okolicą podoczołową i ciemieniową występujący podczas ucisku tętnicy szyjnej. Zaczyna się lub znacznie narasta w trakcie rotacji głowy i ucisku na szyję. Z bólem mogą współistnieć zawroty głowy, nudności i zaburzenia widzenia (Buono i wsp.).

W leczeniu wykorzystuje się iniekcje anestetyków miejscowych oraz kortykosteroidów w okolicę dołu migdałka podniebiennego lub resekcję wyrostka rylcowatego (Pereira i wsp.).

Autorzy w niniejszej pracy przedstawiają opis bardzo rzadkiego przypadku chorego, u którego zespół Eagle'a rozwinął się z powodu wydłużenia obu wyrostków rylcowatych oraz zwapnienia więzadła rylcowo-gnykowego po stronie lewej.

Opis przypadku

Do Kliniki Chirurgii Czaszkowo-Szczekowo-Twarzowej i Onkologicznej został przyjęty 54-letni chory, który skarżył się na obustronny ból szyi promieniujący do ucha lewego narastający przy zwracaniu głowy w stronę zarówno lewą, jak i prawą. Bólowi nie towarzyszyły objawy wegetatywne, takie jak nudności.

Wywiad lekarski nie ujawnił żadnych chorób neurologicznych czy laryngologicznych występujących w przeszłości, z wyjątkiem złamania prawego wyrostka rylcowatego dziewięć lat wcześniej. Pacjent przeżył dwukrotnie udar mózgu (dwanaście i dziesięć lat wcześniej) oraz był leczony z powodu nadciśnienia tętniczego. Przeprowadzono konsultację neurologiczną, która nie wykazała, że przyczyną bólu jest jakkolwiek choroba układu nerwowego. W badaniu klinicznym nie ujawniono odchylenia od stanu prawidłowego, z wyjątkiem nieznacznej osłabienia siły mięśniowej po stronie lewej (5/6) oraz obecności twardej, przesuwalnej wobec błony śluzowej masy okolicy przygardłowej lewej podczas oburęcznego badania migdałków podniebiennych. Na wykonanym uprzednio zdjęciu pantomograficznym ujawniono wydłużenie prawego wyrostka rylcowatego (ryc. 1) oraz mineralizację więzadła rylcowo-gnykowego z obecnością stawu rzekomego oraz okrągłej masy sugerującej obecność kostniaka wyrostka rylcowatego po stronie lewej (ryc. 2). Z powodu lokalizacji guza wykonano do-



Ryc. 1. Zdjęcie pantomograficzne wykonane przed wdrożeniem leczenia. Widoczny wydłużony prawy wyrostek rylcowaty.



Ryc. 2. Zdjęcie pantomograficzne wykonane przed pierwszym zabiegiem. Uwidoczniony jest guz wyrostka rylcowatego oraz uwapnienie więzadła rylcowo-gnykowego po stronie prawej.



Ryc. 3. Skan osiowy tomografii komputerowej uwidocznili długość, kąt i stosunki anatomiczne prawego wyrostka rylcowatego.

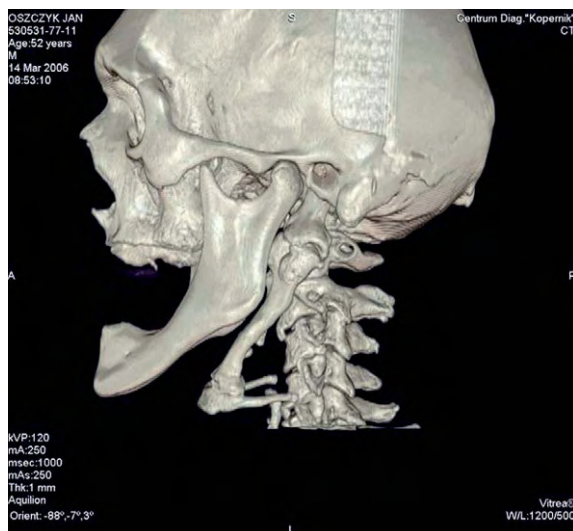


Ryc. 4. Guz wyroska rylcowatego oraz zmineralizowane więzadło rylcowo-gnykowe po stronie lewej uwidocznione na osiowym skanie TK.

kładną wizualizację wyrostków za pomocą tomografii komputerowej (ryc. 3, 4, 5). Zdecydowano o podjęciu dwuetapowego leczenia chirurgicznego. W pierwszym etapie z cięcia w okolicy zażuchwowej dotarto do guza wyrostka rylcowatego, stwierdzono znaczną deformację wyrostka objawiającą się jego znacznym poszerzeniem i guzowatym rozdzieleniem o średnicy około 2 cm w miejscu przyczepu więzadła rylcowo-gnykowego. Więzadło rylcowo-gnykowe na całej swojej długości do miejsca przyczepu do kości gnykowej tworzyło litą kostną strukturę o średnicy około 5 mm. W okolicy równika guza obserwowano zrost chrzęstno-łącznotkankowy odpowiadający stawowi rzekomemu. Opisaną strukturę odcięto na poziomie kości gnykowej oraz u podstawy wyrostka rylcowatego (ryc. 6). Ranę zaszyto warstwowo. Gojenie przebiegło prawidłowo. Z powodu stanu ogólnego pacjenta drugi etap leczenia odroczonego o 1,5 roku. W znieczuleniu ogólnym z dostępu zewnątrzustnego wycięto prawy wyrostek rylcowaty. Chory pozostaje na obserwacji. W ciągu roku nie stwierdzono nawrotu dolegliwości.

Dyskusja

Ból jest podstawowym objawem zespołu Eagle'a, dlatego też diagnostyka różnicowa powinna obejmować: migrenę, dysfunkcje oraz zapalenie stawu skroniowo-żuchwowego, neuralgię nerwu trójdzielnego, spłotu skrzydłowo-podniebiennego oraz językowo-gardłowego, przewlekłe zapalenie migdałków podniebiennych oraz gardła, zapalenie ucha środkowego i zewnętrznego, zapalenie wyrostka sutkowatego, chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa szyjnego, zapalenie tętnicy skroniowej, uchyłki przętyku, zapalenie tkanek okołowierzchołkowych zębów, utrudnione wyrzynanie dolnych zębów mądrości, zapalenie ślinianek podżuchwowych lub ich kamica, obecność ciała obcego w gardle, guzy gardła oraz podstawy języka (Beder, Fini, Pereira). Podejrzenie zespołu Eagle'a powinien nasuwać przetrwały ból gardła wywołany lub zaostrzający się



Ryc. 5. Rekonstrukcja 3D tomografii komputerowej wyrostka rylcowatego po stronie lewej.



Ryc. 6. Wycięty zniekształcony wyrostek rylcowaty wraz z uwapnionym więzadłem rylcowo-gnykowym.

podczas ruchów głowy, języka, przełykania oraz żucia. W badaniu klinicznym natomiast, ból wywołany palpacją bocznej ściany gardła oraz migdałków podniebiennych. W czasie tego badania powinien być również

wyczuwalny wydłużony wyrostek rylcowaty. Potwierdzeniem rozpoznania jest uwidocznienie wydłużonych wyrostków w badaniu radiologicznym, szczególnie tomografii komputerowej (Beder i wsp.). Za jedyną trwale skuteczną metodę leczenia uważa się wycięcie zniekształconego wyrostka rylcowatego. Opisywane są techniki chirurgiczne z dostępu wewnątrz- i zewnątrzustnego. Obie metody mają zalety, jednak ze względu na lepszy wgląd w pole operacyjne oraz mniejsze ryzyko infekcji głębokich tkanek szyi, częściej polecany jest dostęp zażuchwowy (Pereira i wsp.).

PIŚMIENNICTWO

1. Albrquerque RF, Muller K, Hotta TH, Goncalves M. Temporomandibular disorder or Eagle's syndrome? A clinical report. *J Proshet Dent* 2003; 90: 317-20.
2. Bafaqeh SA. Eagle syndrome: classic and carotid artery types. *J Otolaryngol* 2000; 29: 88-94.
3. Beder E, Ozgursoy OB, Ozgursoy SK. Current diagnosis and transoral surgical treatment of Eagle's syndrome. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 1742-45.
4. Buono U, Mangone GM, Michelotti A, Longo F, Califano L. Surgical approach to stylohyoid process in Eagle's syndrome. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 714-16.
5. Fini G, Gasparini G, Filippini F, Becelli R, Marcotullio D. The long styloid process syndrome or Eagle's syndrome. *J Cranio Maxillofac Surg* 2000; 28: 123-7.
6. Ghosh LM, Dubey SP. The syndrome of longated styloid process. *Auris Nasus Larynx* 1999; 26: 169-75.
7. Lorman JG, Biggs JR. The Eagle syndrome. *AJR* 1983; 140: 881-2.
8. Pereira FL, Filho LI, Pavan AJ, Jacobucci Farah G, Lucas Goncalves EA, Veltrini VC, Camarini ET. Styloid-stylohyoid syndrome: literature review and case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65: 1346-53.
9. Lee S, Hillel A. Three-Dimensional computed tomography imaging of Eagle's syndrome. *Am J Otolaryngol* 2004; 25: 109.