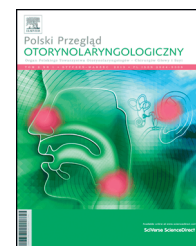


Dostępne online www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ppotor

Kazuistyka/Case report

Zespół Eagle'a – opis przypadku

Eagle Syndrome – case report



Klaudyna Zwierzyńska, Robert Bartoszewicz, Kazimierz Niemczyk*

Katedra i Klinika Otolaryngologii WUM, Kierownik: prof. dr hab. med. K. Niemczyk, Warszawa, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 09.04.2014

Zaakceptowano: 14.04.2014

Dostępne online: 29.04.2014

Słowa kluczowe:

- ból szyi
- wyrostek rylcowaty
- więzadło rylcowo-gnykowe

Keywords:

- Cervical pain
- Styloid process
- Stylohyoid ligament

A B S T R A C T

The authors describe the case of 43-year-old male, with cervical pain in whom imaging with CT conclusively established the diagnosis of Eagle Syndrome. Eagle Syndrome occurs due to elongation of the styloid process or calcification of the stylohyoid ligament, which then may produce a pain in the neck. Diagnostic problems and methods of treatment are discussed.

© 2014 Polish Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

Wstęp

Zespół Eagle'a jest rzadką chorobą charakteryzującą się najczęściej jednostronnym bólem szyi powstającym przy otwieraniu ust, ziewaniu, żuciu, przełykaniu i obracaniu głowy. Napadowe, dość silne i kłujące bóle umiejscawiają się w uchu, okolicy migdała, dna jamy ustnej oraz bocznej części szyi. Ból trwa od kilku sekund do kilku minut. Okresowo mogą pojawić się szumy uszne, zawroty głowy i poczucie niestabilności. Dolegliwości wynikają z nadmiernie długiego wyrostka rylcowatego i zwapnienia więzadła rylcowo-gnykowego. Zespół chorobowy został opisany w 1937 roku przez Watta Weemsa Eagle'a, amerykańskiego otolaryngologa.

Etiologia zespołu chorobowego nie jest w pełni jasna, a wśród najczęstszych przyczyn wymieniane są predyspozycje genetyczne, uraz, zabieg operacyjny oraz zaburzenia hormonalne, w tym menopauza [1]. Epidemiologia schorzenia jest trudna do ustalenia, chociaż wydłużony wyrostek rylcowaty stwierdza się nawet u 4% populacji, jednak w swojej większości są to obserwacje przypadkowe [2, 3]. W wielu przypadkach zespół charakteryzuje się skąpyimi objawami. Pełny obraz choroby dotyczy 0,16–0,4% populacji [2]. Stosunek kobiet do mężczyzn wynosi 3:1 [1, 4]. Przedział wieku pacjentów zgłaszających się do lekarza wynosi 30–50. rż. [1, 2].

Eagle wyszczególnił dwie postaci zespołu chorobowego. Postać klasyczna występuje po operacji usunięcia migdałków podniebiennych i charakteryzuje się izolowanym bólem

* Adres do korespondencji: Katedra i Klinika Otolaryngologii WUM, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa, Polska. Tel.: +48 22 599 25 21; fax: +48 22 599 25 23.

Adres email: kniemczyk@wum.edu.pl (K. Niemczyk).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ppotor.2014.04.007>

2084-5308/© 2014 Polish Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

w niszy po usunięciu migdałka, zaburzeniami połykania oraz wzmożonym ślinieniem. Rzadziej występują zaburzenia głosu. Objawy chorobowe wynikają z podrażnienia nerwu trójdzielnego, językowo-gardłowego oraz błędnego przez tworzącą się ziarninę i zrosty wpływające na zwapnienie więzadła rylcowo-gnykowego.

Druga postać określana jest zespołem tętnicy szyjnej i związana jest z drażnieniem włókien współczulnych biegnących wzdłuż tętnic szyjnych przez wydłużony wyrostek rylcowaty bądź z bezpośrednim uciskiem przezeń na naczynia. Do podstawowych objawów należą zaburzenia widzenia, jednostronne bóle zlokalizowane wzdłuż naczyń szyjnych, bóle połowicze głowy, bóle migrenowe oraz omdlenia [5, 6].

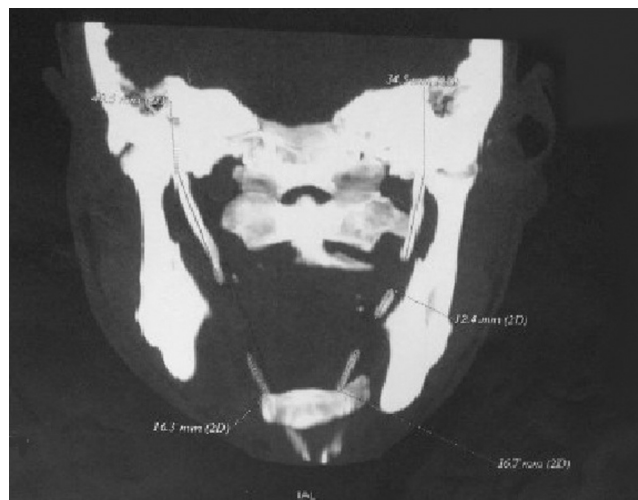
Wyrostek rylcowaty powstaje z drugiego łuku skrzelowego i następnie zrasta się z kością skroniową [7]. Prawidłowa długość wyrostka powinna wynosić 2,5–3 cm. Jest on określany jako nadmiernie długi, jeżeli jego długość przekracza 3 cm. Wyrostek rylcowaty znajduje się w części skalistej kości skroniowej. W jego sąsiedztwie znajduje się otwór rylcowo-sutkowy z nerwem twarzowym i tętnicą rylcowo-sutkową [7]. Podczas badania palpacyjnego wydłużony wyrostek rylcowaty może być wyczuwalny w łożu po tonsillektomii.

Opis przypadku

43-letni mężczyzna z trzyletnim wywiadem bólu szyi nasilającym się przy ruchach głową i jedzeniu zgłosił się do ambulatorium Kliniki na planową konsultację laryngologiczną. Oprócz dolegliwości bólowych pacjent uskarżał się na zaburzenia ruchomości języka po stronie lewej. Innych dolegliwości nie zgłaszał. W badaniu podmiotowym u pacjenta obserwowano niedużego stopnia zanik mięśni języka po stronie lewej. Błona śluzowa języka prawidłowa, bez patologii. Nie stwierdzano zaburzeń smaku, czynność nerwu twarzowego prawidłowa. W pozostałym badaniu otolaryngologicznym nie wykazano istotnej patologii.

Tomografia komputerowa wykazała po stronie prawej wyrostek rylcowaty wydłużony do 43 mm oraz wydłużony róg mniejszy kości gnykowej do 16 mm. Po stronie lewej występował wydłużony wyrostek o długości 34 mm i wydłużony róg kości gnykowej do 16 mm (Ryc. 1). Dodatkowo u pacjenta stwierdzono skostnienie w środkowej części więzadła rylcowo-gnykowego na długości 12 mm. Badanie wykazało również zmniejszoną odległość pomiędzy wyrostkiem a przednią powierzchnią bocznej części kręgu szczytowego. Wyżej opisana anomalia anatomiczna była przyczyną konfliktu naczyniowego i powodowała niedrożność żyły szyjnej wewnętrznej na długości 15 mm. W opinii lekarza radiologa wykonującego badanie TK istniało wysokie ryzyko konfliktu nerwowego – ucisku na nerwy IX, X, XI, XII.

Po przygotowaniu pacjenta wykonano operację z dojścia zewnętrznego. Zabieg odbył się w znieczuleniu ogólnym. Cięcie poprowadzono między kątem żuchwy a wierzchołkiem wyrostka sutkowego w kierunku szyi na długości 5 cm i w odległości 3 cm poniżej brzegu żuchwy. Identyfikacja poszczególnych struktur anatomicznych pozwoliła odnaleźć nadmiernie wydłużony wyrostek rylcowaty uciskający nerw podjęzykowy. Usunięto wyrostek rylcowaty i róg mniejszy



Ryc. 1 – Po stronie prawej widoczny wyrostek rylcowaty o długości 43 mm. Po stronie lewej długość wyrostka rylcowatego wynosi 34 mm. Obustronnie wydłużony jest róg mniejszy kości gnykowej

Fig. 1 – On the right side the styloid process of length 43 mm. On the left side length of the styloid process is 34 mm. The smaller horn of hyoid bone is both sides elongated

kości gnykowej. Pacjent po zabiegu operacyjnym nie zgłaszał dolegliwości bólowych.

Omówienie

Zespół Eagle'a charakteryzuje się wachlarzem objawów, z których żaden nie jest patognomoniczny. Najczęściej pacjenci skarżą się na ból szyi, gardła, odczucie ciała obcego w gardle. Rzadziej stwierdza się otalgie, bóle głowy, bóle okolicy oczu, zawroty głowy, ból przy połykaniu, ślinotok, zespół Hornera. Bardzo rzadko występują omdlenia oraz przemijające epizody niedokrwienne mózgu [6].

Wydłużony wyrostek rylcowaty może podrażniać tętnicę szyjną, doprowadzając do powstania jej tętniaka lub rozwarstwienia. Rzadko spotykany obustronny ucisk na tętnice może prowadzić do nagłego zgonu na skutek drażnienia nerwów błędnych [8].

Standardem diagnostycznym jest tomografia komputerowa z rekonstrukcją 3D. Coraz częściej patologie wyrostka są diagnozowane przez chirurgów szczękowych ze względu na dużą ilość wykonywanych panoramicznych zdjęć rentgenowskich. Jednym z najczęstszych narzędzi do diagnostyki wciąż pozostają boczne i przednio-tylne zdjęcia rentgenowskie, które ze względu na dużą ilość nakładających się struktur należy uznać za narzędzie niezbyt dokładne.

Podstawowym sposobem postępowania w zespole Eagle'a jest leczenie operacyjne. Leczenie zachowawcze obejmuje leki przeciwbólowe oraz przeciwdepresyjne [3]. Jednocześnie odnajduje zastosowanie gabapentyna, amitryptylina, walproinian, karbamazepina [9]. W wybranych przypadkach może być uzasadnione podawanie sterydów. Opisane są przypadki skutecznego leczenia zachowawczego

polegającego na miejscowym podawaniu roztworu lignokainy [3].

Według niektórych autorów leczenie operacyjne należy brać pod uwagę w przypadku braku skuteczności leczenia zachowawczego [9]. W literaturze medycznej opisywane są dwa dojścia, z których każde ma swoje zalety i wady. W dojściu wewnątrzustnym nacięcie prowadzone jest do przodu od łoża migdałka. Nie jest możliwe całkowite wycięcie wyrostka z tego dojścia, jednak jest ono wystarczające, żeby pacjent przestał odczuwać objawy [9]. Dojście charakteryzuje się doskonałym efektem kosmetycznym, jest jednak obciążone większym ryzykiem infekcji. Drugie dojście polega na dostępie zewnętrznym. Cięcie prowadzi się między kątem żuchwy i wierzchołkiem wyrostka sutkowego. Po otwarciu powięzi powierzchownej przesuwają się mięsień mostkowo-sutkowo-obojęczykowy, co pozwala na identyfikację struktur, w tym naczyń twarzowych, ślinianki i tylnego brzośca mięśnia dwubrzoścowego. Wyrostek rylcowaty znajduje się do tyłu od więzadła rylcowo-gnykowego. Dojście zewnętrzne pozwala lepiej uwidocznić struktury sąsiednie niż dojście wewnątrzustne, mogą jednak zdarzać się powikłania w postaci porażenia gałązki brzożnej żuchwy nerwu twarzowego.

Podsumowanie

Zespół Eagle'a jest schorzeniem rzadkim, ale w diagnostyce różnicowej jednostronnego bólu gardła i szyi to rozpoznanie należy brać pod uwagę. Tomografia komputerowa z rekonstrukcją 3D jest podstawowym narzędziem diagnostycznym przy podejrzeniu zespołu chorobowego. Za najbardziej skuteczną formę leczenia należy uznać leczenie operacyjne.

Wkład autorów/Authors' contributions

Według kolejności.

Konflikt interesu/Conflict of interest

Nie występuje.

Finansowanie/Financial support

Nie występuje.

Etyka/Ethics

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

PIŚMIENNICTWO / REFERENCES

- [1] Zeckler SR, Betancur AG, Yaniv G. The eagle is landing – eagle syndrome – an important differential diagnosis. *Brit J gen pract* 2012;62:501–502.
- [2] Soldati AB, Miguelote C, Quero C, Pereira R, Santos R, Soares C. Eagle's syndrome - Síndrome de Eagle. *Arq Neuropsiquiatr* 2013;71(4):264–268.
- [3] Kawasaki M, Hatashima S, Matsuda T. Non-surgical therapy for bilateral glossopharyngeal neuralgia caused by Eagle's syndrome, diagnosed by three-dimensional computed tomography: a case report. *J Anesth* 2012;26: 918–921.
- [4] Prasad KC, Kamath P, Reddy JM, Raju K, Agarwal S. Elongated Styloid Process (Eagle's Syndrome): A Clinical Study. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:171–175.
- [5] Lorman JG, Biggs JR. The Eagle Syndrome. *AJR* 1983;140: 881–882.
- [6] Farhat HI, Elhammady MS, Ziayee H, Aziz-Sultan MA, Heros RC. Eagle syndrome as a cause of transient ischaemic attacks. *J neurosurg* 2009;110(1):90–93.
- [7] Krechowicki A. Osteologia szczegółowa – Kość skroniowa. W: Sokołowska-Pituchowa J, red. *Anatomia człowieka, podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1983. p. 87.
- [8] Orlik K, Griffin GD, Zoumberakis E. Unilateral neck pain: a case of Eagle syndrome with associated nontraumatic styloid fracture. *Am J Emerg Med* 2014;32: 112e1–112e2.
- [9] Fusco DJ, Asteraki S, Spetzler RS. Eagle's syndrome: embryology, anatomy, and clinical management. *Acta Neurochir* 2012;154:1119–1126.