

COMMUNICATION

Traitement chirurgical d'un cas de syndrome d'Eagle.

Margottin C¹, Bizet A¹, Malard O², Corre P³, Beaufiles S⁴, Lagarde A¹, Lesclous Ph¹

1 Faculté de chirurgie dentaire, 1 place Alexis Ricordeau, 44000, Nantes, FRANCE

2 Service d'ORL, CHU de Nantes, FRANCE

3 Service de Chirurgie Maxillofaciale, CHU de Nantes, FRANCE

4 Faculté de Chirurgie Dentaire de Reims, FRANCE

Introduction

Le syndrome d'Eagle est défini comme un ensemble de symptômes hétérogènes dans les régions céphalique et cervicale, résultant de variations anatomiques du processus styloïde, d'une ossification du ligament stylo-hyoïdien ou des deux à la fois comme l'illustre parfaitement ce cas clinique. Une patiente de 35 ans consulte adressée par son médecin traitant pour des douleurs sous-angulomandibulaires droites dans un contexte plus global de douleurs crâniennes itératives depuis deux ans. Ces douleurs sont discontinues, parfois insomniantes, d'une intensité de 60/100 à l'EVA, le jour de la consultation. Cette patiente souffre d'un syndrome de Ménière avec crises de vertiges (traitées efficacement par bétahistine), bourdonnements et sifflements auriculaires droits associés à une forte diminution de l'audition homolatérale. Elle rapporte un antécédent de traumatisme crânien suite à un accident de la voie publique il y a une quinzaine d'années. Elle mentionne aussi une dyspnée et une sensation de corps étranger intra-pharyngé constante depuis deux ans, une rotation de la tête difficile et une sensation d'étouffement à la flexion céphalique.

Examen clinique

Les examens cliniques exo et intra-buccal ne révèlent rien de particulier.

Examens complémentaires

Une radiographie panoramique est alors pratiquée permettant de visualiser deux images radio-opaques en prolongement des processus styloïdes droit et gauche. Un syndrome d'Eagle est alors suspecté et une imagerie TDM de la région crano-cervicale prescrite. Ce scanner permet de confirmer la présence de deux processus styloïdes longs bilatéraux.

Diagnostic et thérapeutique

L'ensemble des données permet de diagnostiquer une forme primaire du syndrome d'Eagle. En accord avec la patiente, une styloïdectomie bilatérale par une voie intra-buccale est réalisée. Les suites opératoires sont simples. L'examen histologique des pièces opératoires permet d'identifier un os très corticalisé avec peu d'espaces médullaires. Il s'agit d'un os vivant mais présentant peu de signes de remaniement.

Evolution

Un bilan complet des symptômes et signes cliniques est réalisé quatre mois après l'intervention. La patiente est globalement très satisfaite du résultat de la thérapeutique.

30 % des symptômes ont totalement disparus, notamment la dyspnée et la sensation de corps étranger intra-pharyngé. La sensation d'étouffement, la dysphagie et la douleur ne sont plus ressenties non plus. 40 % des symptômes ont nettement diminués, les douleurs crâniennes, les bourdonnements et les sifflements réapparaissent irrégulièrement. Ils sont néanmoins moins intenses qu'auparavant. La rotation de la tête n'est plus gênée excepté lors de mouvements brusques. 30 % des symptômes restent inchangés, en particulier la perte de 60% de l'audition droite. Un an après, le bénéfice clinique reste stable.

Conclusion

Ce cas clinique pluridisciplinaire, très documenté, suivi sur un long terme, permet d'illustrer la démarche diagnostique et le bénéfice apporté par la thérapeutique chirurgicale sur l'amélioration des symptômes initiaux associés à un syndrome d'Eagle.

MARGOTTIN Christophe
christophe.margottin@univ-nantes.fr