



Cervicalgies révélant un syndrome d'Eagle : À propos de deux cas
Cervical pain revealing an Eagle syndrome: About two cases

Jamil Kahwagi¹, Allasane Mamadou Diop¹,
Mark Olivier Ngoule¹, Maouly Fall¹

Auteur correspondant

Jamil Kahwagi

Courriel : jamilkahwagi@gmail.com

Service de Neurologie, CHNU Pikine, Sénégal

Summary

Eagle syndrome is a set of clinical and radiological signs related to calcification of the stylohyoid ligament. We report 2 cases of patients who came to consult for intermittent laterocervical pain. The cervical and petrous CT scan performed in the patients showed a bilateral long styloid process. A medical treatment based on carbamazepine and paracetamol was initiated in both patients with good clinical evolution and significant reduction in pain intensity. Eagle syndrome is a rare pathology that should not be ignored by the doctor, in order to avoid diagnostic and therapeutic errors.

Keywords: Neck pain; Eagle syndrome; Styloid process

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i3.13>

Received: June 27th, 2022

Accepted: March 19th, 2023

1. Service de Neurologie, CHNU Pikine, Sénégal

Résumé

Le syndrome d'Eagle est un ensemble de signes cliniques et radiologiques en rapport avec une calcification du ligament stylo-hyoïdien. Nous rapportons ici deux cas cliniques de deux femmes âgées respectivement, de 26 et 36 ans ayant consulté pour des douleurs latérocervicales. Le scanner cervical et du rocher réalisé chez les patientes a montré un aspect de longue apophyse styloïde bilatérale. Un traitement médical à base de carbamazépine et paracétamol a été initié chez les deux patientes et a conduit à une réduction significative de l'intensité de la douleur. Le syndrome d'Eagle est une pathologie rare qui ne doit pas être méconnu par le médecin, afin d'éviter les errances diagnostiques et thérapeutiques.

Mots-clés : Douleur cervicale ; syndrome d'Eagle ; Apophyse styloïde

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i3.13>

Reçu le 27 juin 2022

Accepté le 19 mars 2023

Introduction

Watt W. Eagle, un otorhinolaryngologiste a décrit en 1937 les deux premiers cas (1). Il s'agit d'une entité clinico-radiologique rare, due à l'élongation du processus styloïde et/ou d'une calcification du ligament stylo-hyoïdien (2). Il peut présenter différents tableaux cliniques en fonction du conflit du complexe stylo-hyoïdien avec les structures de voisinage, pouvant donner entre autres des signes neurologiques à type de cervicalgie ou de céphalées du à l'irritation des structures neurologiques ou des signes vasculaires par atteinte de la carotide ou du plexus péri carotidien (3). Ce syndrome peu connu est une cause inhabituelle de cervicalgie et peut être confondu avec les troubles oropharyngés et maxillo-faciaux. Cependant, cette affection peut être facilement identifiée et traitée en présence d'une histoire clinique et une imagerie appropriée. Nous rapportons ces cas afin d'attirer l'attention sur l'existence de ce syndrome dans notre contexte mais aussi de rappeler les caractéristiques cliniques, radiologiques et thérapeutiques du syndrome d'Eagle.

Observation 1

Une patiente de 26 ans consulte pour des douleurs latéro-cervicales unilatérale à gauche évoluant depuis 5ans. Ses antécédents sont particularités sans notion de traumatisme cervical. Il s'agissait d'une douleur intermittente, sans horaire fixe, Echelle verbale simple (EVS)=3 et Echelle numérique (EN)=7, accentuée par les mouvements brusques de la tête et par l'hyperextension cervicale, peu calmée par les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. La douleur n'irradiait pas et n'était pas accompagnée de vomissements ni de nausées. La palpation bi digitale retrouvait la masse au niveau de la région tonsillaire homolatérale. Le scanner cervical et du rocher a montré un aspect de longue apophyse styloïde bilatérale qui mesurait 7cm à droite avec deux segments, un proximal de 3,8cm et un distal de 1,4cm distant de 1,8cm et 7cm à gauche avec deux segments, un proximal de 3,4cm et un distal de 0,8cm distant de 2,8cm (figure 1).

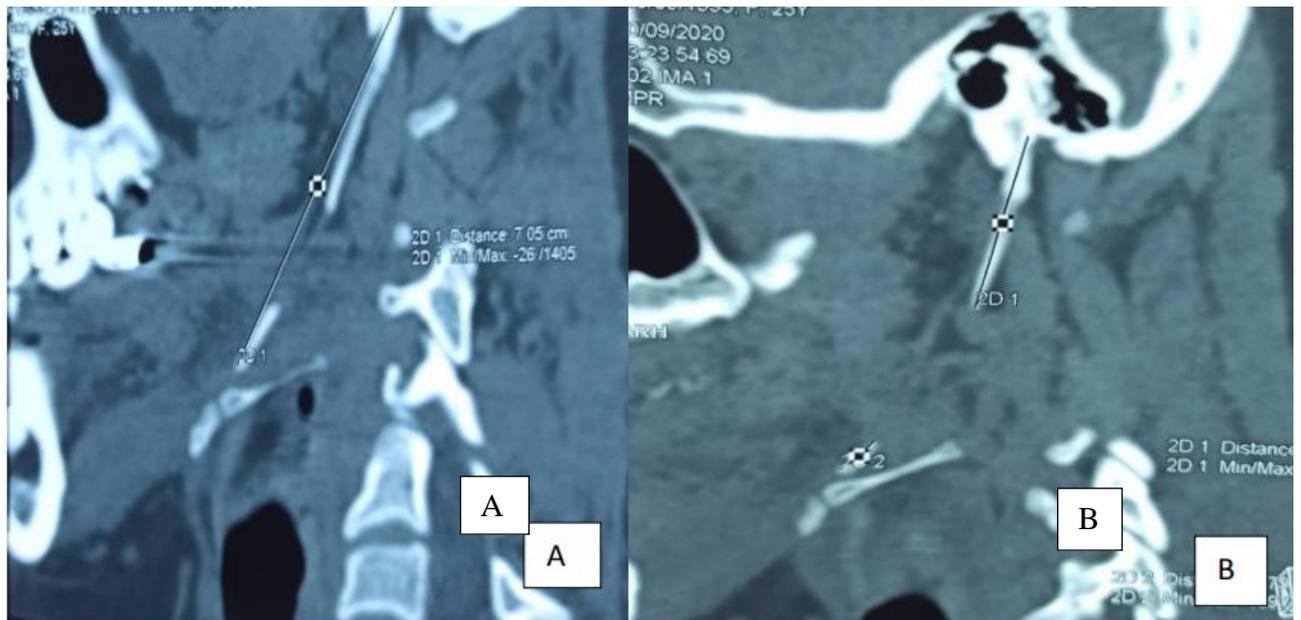


Figure 1 : A B : longues apophyses styloïde bilatérales atteignant l'espace sous muqueux pharyngé



Un traitement chirurgical était indiqué. Malheureusement, la patiente a refusé le traitement chirurgical, elle a été donc mise sous carbamazépine et paracétamol. L'évolution à 3 semaines était favorable, la douleur était devenue moins fréquente et moins intense avec un EVS=1 et un EN=3.

Observation 2

Il s'agissait d'une patiente âgée de 36 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, admise pour douleur latérocervicale droite évoluant depuis un an. La douleur était d'allure neuropathique avec un score DN4 à 5/10, EVS=3 et EN=8, accentuée par les mouvements de déglutition et de rotation de la tête, sans irradiation, peu calmée par les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. L'examen clinique avait découvert un comblement bilatéral des fossettes tonsillaires et une douleur esquissée à la palpation de l'apophyse styloïde droite. Le scanner cervical (figure 2) a permis de retrouver l'aspect de longue apophyse styloïde bilatérale qui mesurait 6,5cm à droite et 5cm à gauche, confrontant ainsi le diagnostic.

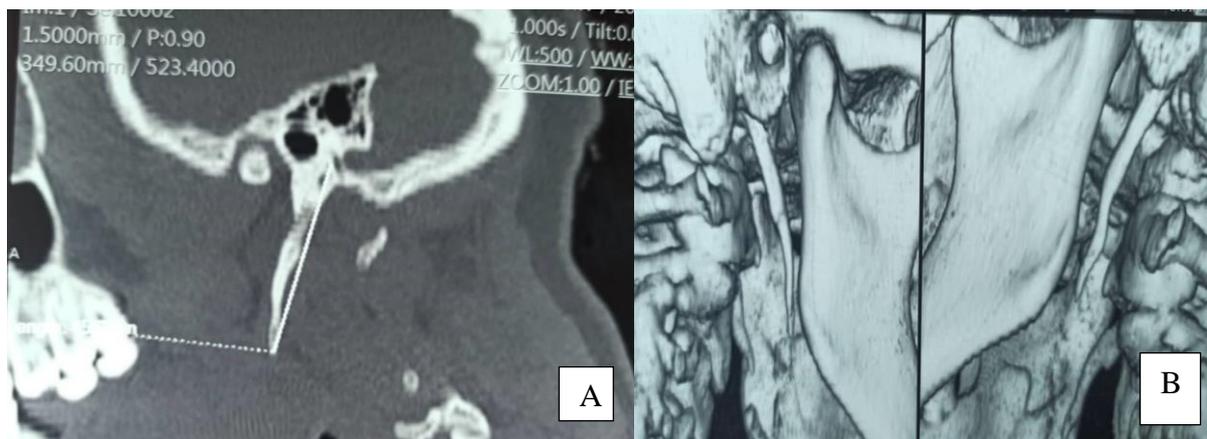


Figure 2 : A, B : longues apophysés styloïde bilatérales

Bien que le traitement chirurgical était indiqué, la patiente avait refusé d'être opérée et a été donc mise sous carbamazépine et paracétamol. L'évolution à 5 semaines était satisfaisante avec une réduction partielle de la douleur un EVS=1 et un EN=2.

Discussion

Le syndrome d'Eagle est une entité clinico-radiologique rare, qui est peu retrouvé dans la littérature. Selon la 3^e édition de la classification internationale des céphalées (4), la céphalée ou douleur faciale attribuée à une inflammation du ligament stylo-hyoïdien ou anciennement appelé syndrome d'Eagle est une céphalée unilatérale,

avec douleur cervicale, pharyngée et/ou faciale, causée par une inflammation du ligament stylo-hyoïdien et généralement provoquée ou exacerbée par la rotation de la tête.

Les critères diagnostiques sont les suivants :

A. Toute douleur à la tête, au cou, au pharynx et/ou au visage répondant au critère C1

B. Preuve radiologique d'un ligament stylo-hyoïdien calcifié ou allongé

C. Lien de causalité démontré par au moins deux des éléments suivants :

1. la douleur est provoquée ou exacerbée par la palpation digitale du ligament stylo-hyoïdien



2. la douleur est provoquée ou exacerbée par la rotation de la tête

3. la douleur est significativement améliorée par l'injection d'un agent anesthésique local dans le ligament stylo-hyoïdien ou par styloïdectomie

4. la douleur est ipsilatérale au ligament stylo-hyoïdien enflammé

D. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

Le processus styloïde dérive du second arc branchial. Les variations dans la progression de l'ossification et dans la fusion des éléments du cartilage de Reichert peuvent expliquer les variations importantes de longueur, d'épaisseur, d'angulation et d'ossification du processus styloïde. Il émerge de la portion pétreuse de l'os temporal, se dirige en bas, en avant et en dedans vers la fosse tonsillaire (5).

La pathogénie de cette anomalie est mal élucidée, plusieurs théories ont été émises pour tenter d'expliquer cette ossification. La théorie de l'hyperplasie réactive et celle de la métaplasie réactive secondaire à un stimulus traumatique cervical, une chirurgie cervicale ou pharyngée, ont été défendues par Steinman et Eagle (1). La taille du processus styloïde est différente en fonction des individus, sa longueur moyenne varie entre 20 à 30 mm (6). Une des plus grandes études sur le processus styloïde a été réalisée par les turques sur 860 individus qui ont chacun bénéficié d'une radiographie panoramique. De leur étude ressort que 3,7 % des patients avaient une élongation du processus styloïde, la plupart bilatérale et qu'uniquement 6 % d'entre eux étaient symptomatiques. Le sexe ratio était de 3 :1 pour les femmes et l'âge moyen était de 43ans allant de 18 à 73 ans (7). Nos deux observations cliniques sont superposables à la littérature, elles étaient toutes de sexe féminin d'âge moyen de 31 ans avec une apophyse styloïde mesurant en moyenne 67,5 mm à droite et 60 mm à gauche et étaient bilatérales. Aucune corrélation entre la longueur de la styloïde et l'intensité des symptômes, n'a été observée chez nos deux patientes. Une prédominance féminine est un constat partagé par la plupart des auteurs (1, 4-5) ce qui concorde avec nos résultats. Ceci pourrait s'expliquer par les dérèglements hormonaux dus à la ménopause (5). En effet, l'ossification du processus styloïde (PS) ne débute que tardivement, ainsi au plus jeune âge, le PS est absent ou très court. Avec l'âge, le PS s'allonge et se rapproche du foramen stylo-mastoïdien. Ceci pourrait expliquer l'âge moyen de survenue relativement avancé que l'on

observe dans la littérature (4). La symptomatologie est polymorphe et non spécifique, ce qui rend le diagnostic difficile. Cependant, elle est le plus souvent unilatérale et on retrouve dans la littérature deux types de tableaux. Le premier tableau est le syndrome stylo-hyoïdien lié à l'irritation nerveuse des structures de voisinage avec comme symptomatologie des cervicalgies exacerbées lors de l'hyperextension et des mouvements céphaliques brusques. On retrouve aussi des odynophagies majorées lors de la déglutition, des difficultés lors de la rotation de la tête, des signes en rapport à la compression et/ou l'irritation des nerfs crâniens V, VII, IX, X. A la palpation, on peut avoir un comblement uni- ou bilatéral des fossettes tonsillaires ou des loges amygdaliennes. Elle peut aussi déclencher une douleur (2-3). Le deuxième tableau est celui de la forme carotidienne encore appelé syndrome stylo-carotidien. Dans ce cas de figure, ce n'est pas la longueur d'apophyse styloïde qui seraient en cause mais l'angulation postérieure de la partie inférieure de la styloïde (8). Par compression de la carotide on peut avoir une céphalée homolatérale et une douleur périorbitaire pendant la rotation de la tête ou des douleurs infra-orbitaire, temporale et mastoïdienne. L'écrasement des vaisseaux carotidiens si la pression est très forte, peut interrompre le flux sanguin et causer des ischémies cérébrales transitoires (3). Chez nos deux patientes, la symptomatologie correspondait à un syndrome d'Eagle, de type stylo-hyoïdien, avec des douleurs latérocervicales en premier plan.

La TDM cervicale est l'examen de référence pour la confirmation du diagnostic d'un syndrome d'Eagle. Les reconstructions 3D permettent de bien évaluer la longueur et le degré d'inclinaison du PS, qui constituent des éléments importants pour le diagnostic et la décision thérapeutique (6, 8). Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec les névralgies du trijumeau et du glossopharyngien, une pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire ou une tumeur des voies aérodigestives supérieures. Le syndrome d'Eagle reste un diagnostic d'élimination. A cet égard, il aurait été intéressant pour nous d'avoir un avis de chirurgien-dentiste/ORL afin d'exclure les diagnostics principaux à évoquer devant ce tableau. Il existe deux moyens thérapeutiques découverts dans la littérature. L'option médicale est choisie soit devant une symptomatologie faible voire



modérée, soit si le patient refuse la thérapeutique chirurgicale. Le traitement utilisé est le paracétamol, les AINS, le diazépam ou la carbamazépine qui peuvent améliorer la symptomatologie à court terme. On peut aussi utiliser des injections antalgiques (lidocaïne ou stéroïdes) à travers la fosse tonsillaire (9). La thérapeutique chirurgicale est la solution la plus adaptée pour traiter le syndrome d'Eagle. Elle ne doit cependant être envisagée qu'après confirmation de la pathologie par les examens radiographiques et après élimination des autres pathologies cervico-faciales (10). Nos deux patientes avaient refusé le traitement chirurgical. Toutefois, sous carbamazépine et paracétamol, l'évolution a été bonne avec amélioration de la symptomatologie et une régression des douleurs. Il serait néanmoins important de faire un suivi de ces malades, afin d'évaluer le bénéfice à long terme de la modalité non chirurgicale de la prise en charge.

Conclusion

Le syndrome d'Eagle est une entité rare, avec un polymorphisme clinique non spécifique qui doit être connu par les cliniciens et rechercher devant des douleurs latérocervicales ou des céphalées rebelles aux traitements. Une radiographie panoramique standard ou un scanner du rachis cervical peut conforter le diagnostic. Le traitement est essentiellement chirurgical, mais certaines thérapeutiques peuvent donner de bons résultats.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué équitablement à la réalisation et la rédaction du manuscrit. Ils ont tous approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

Références

1. Eagle WW. Elongated styloid process. *Arch Otolaryngol* 1937; **25**:584-587.

2. Oueslati S, Douira W, Dhieb R, Ben Farhat L, Mnif N, Rezgui L et al. Le syndrome de Eagle. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2006; **123** (3):152-156 Masson, Paris, 2006.
3. Kishore Chandra Prasad, Panduranga Kamath M, Jagan Mohan Reddy K, Krishnam Raju, Saurabh Agarwal. Elongated styloid process (Eagle's syndrome): a clinical study. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; **60**: 171-175.
4. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS), *Cephalalgia* 2018;**38** (1): 1-211 DOI: 10.1177/0333102417738202.
5. Adigo AMY, Adjenou KV, Adamboumou KK, Achy OB, Mossi KE, Gbande P et al. Syndrome d'Eagle: A propos de trois cas et revue de la littérature. *Rev. CAMES SANTE* 2015; **3** (1): 81-83.
6. Beder E, Ozgursoy OB, Karatayli Ozgursoy SK. Current diagnosis and transoral surgical treatment of Eagle's syndrome. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; **63**:1742-1745.
7. Ilgüy M, Ilgüy D, Güler N, Bayirli G. Incidence of elongated styloid process. *The Journal of International Medical Research* 2005; **33**: 96 - 102.
8. Rodríguez-Vázquez JF, Mérida-Velasco JR, Verdugo-Lopez S, Sánchez-Montesinos I, Mérida-Velasco JA. Morphogenesis of the second pharyngeal arch cartilage (Reichert's cartilage) in human embryos. *J Anat* 2006; **208**:179-189.
9. Piagkou M, Anagnostopoulou S, Kouladouros K, Piagkos G. Eagle's syndrome: a review of the literature. *Clin Anat* 2009; **22**:545-558.
10. Chrcanovic BR, Custedio AL, De Oliveira DR. An intraoral surgical approach to the styloid process in Eagle's syndrome. *Oral Maxillofac Surg* 2009;**13**:1

Comment citer cet article : Kahwagi J, Diop AM, Ngoule MO, Fall M. Cervicalgies révélant un syndrome d'Eagle : A propos de deux cas. *Ann Afr Med* 2023; **16** (3): e5259-e5263. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i3.13>