

PAPER DETAILS

TITLE: Nadir Bir Eagle Sendromu: İki Tarafli ve Asiri Uzun Stiloid Çikinti

AUTHORS: Süay ÖZMEN,Levent ERİSEN

PAGES: 190-192

ORIGINAL PDF URL: <http://journal.acibadem.edu.tr/en/download/article-file/1701351>

Nadir Bir Eagle Sendromu: İki Taraflı ve Aşırı Uzun Stiloid Çıkıntı

Süay Özmen¹, Levent Erişen²

¹İnegöl Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Polikliniği, Bursa, Türkiye

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

ÖZET

Eagle sendromu, uzamış stiloid çıkıntı veya kalsifiye stiloid ligaman, tekrarlayan boğaz ağrısı veya yabancı cisim hissi, boyun ağrısı, yutma güçlüğü veya yüz ağrısına yol açtığıdır. Ek olarak boyun ve boğaz ağrısı aynı taraf kulağa yansiyabilir. Eagle Sendromu'nun tedavisi asıl olarak cerrahidir. Stiloid çıkıntı ağız içinden veya dışarıdan boyun yaklaşımlarıyla kısaltılabilir. Eagle Sendromu yakınmalarına yol açan iki taraflı ve aşırı uzamış stiloid çıkıntıları olan 33 yaşında bir erkek hasta ilgili literatürün taraması ile birlikte bildirildi

Anahtar sözcükler: aşırı uzun stiloid çıkıntı, iki taraflı, Eagle Sendromu

AN UNUSUAL CASE OF EAGLE'S SYNDROME: BILATERAL AND EXTREMELY ELONGATED STYLOID PROCESSES

ABSTRACT

Eagle's Syndrome occurs when an elongated styloid process or calcified stylohyoid ligament causes recurrent throat pain or foreign body sensation, neck pain, dysphagia, or facial pain. Additionally, neck or throat pain may radiate to the ipsilateral ear. The treatment of Eagle's Syndrome is primarily surgical. The styloid process can be shortened through an intraoral or external cervical approach. A 33-year-old male patient with bilateral, extremely elongated styloid processes, causing the symptomatology of Eagle's Syndrome with review of the pertinent literature.

Key words: extremely elongated styloid process, bilateral, Eagle Syndrome

Boğazda yerleşimli, aynı tarafta mastoid bölgeye yansıyan ağrılarda uzun stiloid çıkıntı (USÇ) düşünülmelidir. Bu hastalarda aynı zamanda diş, çene ağrıları ve temporomandibuler eklem fonksiyon bozukluğuna bağlı yakınmalar da görülebilir. Özellikle yakınmalar ile fizik muayene arasında uyumsuzluk gözlenen hastalarda akılda tutulmalıdır. USÇ ve klinik bulgular 1937'de W. Eagle tarafından tanımlanmıştır (1). Farenkste sıklıkla kulağa vuran künt bir ağrı, yutma güçlüğü ve boğazda yabancı cisim hissi Eagle tarafından ilk tanımlanan semptomlardır. Bu yakınmalar ile baş vuran hastalarda USÇ gözden kaçabilmektedir. USÇ sıklıkla iki taraflıdır ancak iki taraflı yakınmalar enderdir (2). Ancak literatür bilgileri incelendiğinde aşırı uzun stiloid çıkıntı saptanan tek bir olgu ile

karşılaşılmıştır (3). İki taraflı olan ve hyoid kemik ile eklem yapacak kadar aşırı USÇ olan olgumuzu, bu özelliğinden dolayı literatüre katkıda bulunacağı düşündüğümüzden, sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu

Otuz üç yaşında erkek hasta yaklaşık 9-10 aydır olan boyun sol tarafında batma hissi ve sürekli yutkunma isteği yakınmasıyla başvurdu. Hasta sorunlarının zaman içinde artış göstermediğini, yemek yemeği engellemediğini, kulağa yansımadığını belirtti. Aynı zamanda boyun sol üst tarafında batma olan yerde el ile şişlik fark edildiği bildirildi. Hastanın kilo kaybı, ses kısıklığı, nefes problemi, ağıza acı su gelme yakınmaları yoktu. Özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik saptanmadı. Anterior rinoskopik burun ve otoskopik kulak muayenesinde patolojik



Şekil 1. Koronal planlı boyun bilgisayarlı tomografisi (3 boyutlu rekonstrüksiyon) ile her iki stiloid çıkıntıda belirgin uzama ve hiyoid kemik ile yaptığı eklem (oklar) görülmektedir.

bulgu yoktu. Hastanın ağız ve tonsillerle birlikte orofarenksi normal görünümdeydi. Palpasyon ile sol tonsil bölgesinde sertlik ve duyarlılık saptandı. Boyun palpasyonunda ise solda lb seviyesinde şüpheli lenfadenopati ve duyarlılık mevcuttu. Endoskopik nazofarenks, dil kökü, hipofarenks ve larenks muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Çekilen boyun ultrasonografisinde; sol parotis bezinde ve her boyun lateralinde birkaç seviyede fizyolojik boyutta, benign görünümlü lenf nodları dışında patoloji bildirilmedi. Kontrastlı farengoözefogografisi normaldi. Bu bulgular ışığında olası USÇ tanısını desteklemek amacıyla yapılan boyun bilgisayarlı tomografisi ve bunun 3 boyutlu rekonstrüksiyonunun incelenmesi ile yumuşak dokuların normal olduğu, her iki stiloid çıkıntıda (SÇ) belirgin uzama olduğu (sağ 74 mm, sol 76 mm) ve hiyoid kemik ile eklem yaptığı saptandı (Şekil-1). Hastaya ağız içinden, gerekirse boyundan da yaklaşmak üzere ameliyat önerildi. Ancak hasta ameliyatı kabul etmeyince, peroral ve topikal anti-enflamatuar tedavi verildi.

Tartışma

Stiloid çıkıntı temporal kemiğin alt yüzünde, stilomastoid deliğin önünde yerleşmiş silindirik şekilli kemik yapı olup, stilohyoid ve stilomandibuler ligamanlarıyla, stilofarenqus, stilohyoid ve stiloglossus kasları bu çıkıntıya bağlanır.

SÇ, stilohyoid ligaman olarak devam eder ve hiyoid kemiğin küçük boynuzuna yapışır. SÇ'nin normal uzunluğu 20-30 mm'dir (4-7). SÇ ve/veya stilohyoid ligament uzunluğunun 30 mm'den uzun olması USÇ olarak kabul edilmektedir (4,6,8,9). Olgumuzda SÇ'nin uzunlukları 74 ve 76 cm olarak ölçülmüştür. Bizim saptadığımız kadarıyla literatürde sadece tek bir olguda ve tek taraflı 75 cm uzunluğunda SÇ bildirilmiştir (3).

USÇ'nin patogenezi hakkında teorilerden öteye gitmeyen bilgilere sahibiz. Doğumsal olarak, stilohyoid ligaman üst kısmında ve/veya alt bağlantı yerinde kemikleşme patogenezi ileri sürülen mekanizmalardır (10).

USÇ sonucu yüz, boğaz ve boyunda ağrı oluşması durumu Eagle Sendromu olarak tanımlanmaktadır (1,6,7). Daha az sıklıkla yutma güçlüğü, çınlama ve kulak ağrısı yakınmaları da görülmektedir. Saptanan semptom ve bulgular, SÇ ve çevre dokular arasındaki anatomik ilişkiye bağlı gelişmektedir (11,12).

Ağrının ortaya çıkmasında; ani bir hareketle kalsifiye stilohyoid ligamanda kırık, USÇ'nin glossofarengeal sinir, trigeminal sinirin alt dalı veya korda timpaniye bası oluşturması, stilohyoid ligamanın bağlantı yerinde dejenerasyon ve enflamatuar değişiklikler, USÇ'ın farengeal mukozaya bası oluşturarak irritasyon yaratması, karotis arterin SÇ ile sıkışarak dolaşımının bozulması ve buna bağlı olarak arteriyel duvardaki sempatik sinirlerin irritasyonu gibi nedenler sorumlu tutulmuştur (13). Karotis arter basısına bağlı senkop atakları veya inme de bildirilmiştir (14).

USÇ'nin sıklığı genel toplumda %4 olarak bildirilmiştir. Bu hastaların da %4'ünde de Eagle Sendromuna bağlı semptomlar görülmektedir (15). Corell ve ark. yaptıkları çalışmada (16) USÇ sıklığını % 18,2 olarak saptanmıştır. Bunların % 93'ü iki taraflıdır. Bazı hastalarda radyolojik olarak USÇ saptanmasına rağmen semptomlar görülmeyebilir (17). Nitekim olgumuzda da bilgisayarlı tomografide iki taraflı USÇ saptanmasına rağmen, semptomlar sadece sol tarafta mevcuttu.

Ayrıcı tanıda; kraniyal sinir nevraljileri (glossofarengeal, trigeminal vs), temporomandibuler eklem hastalıkları, servikal miyofasiyal ağrı sendromu, kronik farengotonsillit, molar dişlere ait problemler, dental protezlere ait sorunlar, farenks ve dil kökü tümörleri akılda tutulmalıdır (10). Bu yakınmalarla gelen hastalarda USÇ'nin gözden kaçabilmektedir. Tanıda fizik muayene sırasında tonsil bölgesinin

palpasyonu ile radyolojik incelemenin (özellikle 3 boyutlu rekonstrüksiyonun) önemi büyüktür (18)

USÇ'a bağlı semptomların giderilmesindeki tek tedavi yöntemi cerrahi eksizyondur. Eagle (15) ağız içinden tonsillostilodektomi yöntemini tanımlamıştır. Stilodektomi ağız dışı yaklaşımla mastoid tepeden, hyoid seviyesine kadar uzanan boyun insizyonu ile de yapılabilir. Ağız içi yaklaşıma göre morbitesi daha fazla ve kozmetik sonuçları daha kötüdür (19). SÇ'nın yeterli uzunlukta çıkarılmasına rağmen yine de cerrahi başarısızlık olasıdır. Hastaların %20'sinde yakınmaların tam olarak düzelmemesi ve semptomların tekrar etmesi bildirilmiştir (2). Olgumuzda olduğu gibi ameliyatı kabul etmeyen hastalarda, semptomatik olarak anti-enflamatuvar ilaçlar da kullanılabilir.

Sonuç

Boyun, boğaz, kulak, diş, temporomandibuler eklem ağrıları; yutma güçlüğü, boğazda yabancı cisim hissi gibi yakınmalar bir hekimin günlük pratiğinde sıkça karşılaştığı sorunlardır. Büyük oranda başka sebepleri olmasına rağmen, USÇ da bu yakınmaların bir nedeni olabilir. Bu nedenle bu tip yakınmaları olan hastalarda, özellik yakınmaların tedavilere dirençli olması halinde, USÇ bir etyolojik neden olarak akılda tutulmalı ve tanıda tonsil bölgesinin palpasyonu ile 3 boyutlu rekonstrüksiyonlu boyun tomografisinden yararlanılmalıdır. Olgumuzda da olduğu gibi, USÇ genellikle iki taraflı olmasına rağmen yakınmaların tek taraflı olabileceği ve çok ender olarak hyoid kemikle eklem yapacak kadar aşırı uzun olabileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Ghosh LM, Dubey SP, The syndrome of elongated styloid process, *Auris Nasus Larynx* 1999;26:169.
2. Harma R. Stylalgia: clinical experience of 52 cases. *Acta Otolaryngol (Stock)* 1967;224 Suppl:149-55.
3. Blythe JN St J, Matthews NS, Connor S, Eagle's syndrome after fracture of the elongated styloid. *British J Oral Maxillofac Surg* 2009;47:233-235
4. Prasad KC, Kamath MP, Reddy KJ, Raju K, Agarwal S. Elongated styloid process (Eagle's syndrome): a clinical study. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:171-175.
5. Monsour PA, Young WG. Variability of the styloid process and stylohyoid ligament in panoramic radiographs. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986;61:522-526.
6. Ilguy M, Ilguy D, Guler N, Bayirli G. Incidence of the type and calcification patterns in patients with elongated styloid process. *J Int Med Res* 2005;33:96-102.
7. Kursoglu P, Unalan F, Erdem T. Radiological evaluation of the styloid process in young adults resident in Turkey's Yeditepe University faculty of dentistry. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Oral Endod* 2005;100:491-494.
8. Jung T, Tschernitschek H, Hippen H, Schneider B, Borchers L. Elongated styloid process: when is it really elongated? *Dentomaxillofac Radiol* 2004;33:119-124.
9. Zaki HS, Greco CM, Rudy TE, Kubinski JA. Elongated styloid process in a temporomandibular disorder sample: prevalence and treatment outcome. *J Prosthet Dent* 1996;75:399-405.
10. Strauss M., Zohar Y., Laurian N.: Elongated styloid process syndrome: intraoral versus external approach for styloid surgery. *Laryngoscope* 1985;976-979
11. Gözil R, Yener N, Calgüner E, Araç M, Tunç E, Bahcelioğlu M. Morphological characteristics of styloid process evaluated by computerized axial tomography. *Ann Anat* 2001;183:527-535.
12. Bafaqeeh SA. Eagle syndrome: classic and carotid artery types. *J Otolaryngol* 2000;29:88-94.
13. Ceylan A, Köybaşıoğlu A, Celenk F, Yılmaz O, Uslu S, Surgical treatment of elongated styloid process: experience of 61 cases. *Skull Base* 2008;18 (5):289-295.
14. Chuang WC, Short JH, McKinney AM, Anker L, Knoll B, McKinney ZJ. Reversible left hemispheric ischemia secondary to carotid compression in Eagle syndrome: surgical and CT angiographic correlation. *Am J Neuroradiol* 2007;28:143-145.
15. Eagle WW. Elongated styloid process; symptoms and treatment. *AMA Arch Otolaryngol* 1958;67(2):172-176.
16. Correll RW, Jensen JL, Taylor JB, Rhyne RR. Mineralization of the stylohyoid-stylomandibular ligament complex. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1979;48:286-91
17. Yetişer S., Gerek M., Ozkaptan Y.: Elongated styloid process: Diagnostic problems related to symptomatology. *Cranio* 1997;15 (3): 236-241.
18. Kasapoğlu F, Erişen L. Eagle sendromu: Bir olgunun pre, per ve postoperatif görüntüleri. *Türk Arch Otolaryngol* 2009;47(3): 147-50.
19. Chase DC, Zarmen A, Bigelow WC, McCoy JM. Eagle's syndrome: a comparison of intraoral versus extraoral surgical approaches. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986;62(6):625-629.