

Zusammenfassung:

Das Eagle-Syndrom ist eine insgesamt seltene Ursache für eine Reihe uneinheitlicher uni- oder bilaterale Schmerzsymptomatiken im Bereich des Oropharynx, Gesichts, Rachens, Hals und/oder Kiefergelenks. Verursacht wird die Symptomatik durch einen elongierten Processus styloideus (PS) (>30mm) oder ein kalzifiziertes Ligamentum stylohyoidale¹.



Abb.1

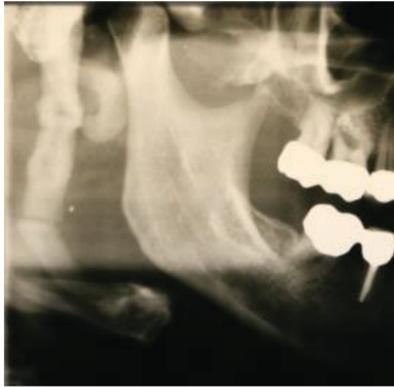


Abb.2

Abb. 1 u. 2: CT und OPG des verlängerten Processus styloideus und des verknöcherten Ligamentum

Patient:

- 53-jährige deutsche Patientin
- Z.n. Tonsillektomie beidseits
- Keine Trauma im Kopf- Halsbereich
- Keine Beschwerden bis zwei Wochen prä-OP

Fallbericht:

Eine 53-jährige Frau stellte sich mit seit etwa zwei Wochen bestehender, progredienter, diffuser Beschwerdesymptomatik im Bereich des rechten Oberkiefers und des rechten Kiefergelenks vor. Bei initialer zahnärztlicher Vorstellung konnte eine dentale Ursache der Beschwerden ausgeschlossen werden. Allerdings zeigte sich auf dem alio loco angefertigten OPG ein extrem vergrößerter Processus styloideus (47 x 11 mm) mit zusätzlich kompletter Verknöcherung des Ligamentum stylohyoideum. Unter deutlichem Druckschmerz in der Fossa retromandibularis und CT-radiologischer Bestätigung des ausgeprägten Befunds, konnte die Diagnose eines Eagle-Syndroms gestellt werden. Es folgte die vollständige Resektion des PS und großen Teilen des Ligamentum stylohyoideum mittels zervikalem operativen Zugang.



Abb. 3



Abb. 4

Abb. 3 und 4 zeigen den verlängerten Proc. Styloideus im operativen Situs und als Resektat

Diskussion:

Bei therapieresistenten oropharyngelaen Beschwerden ohne Hinweis auf dentale Ursachen oder andere häufige Entitäten, sollte ein Eagle-Syndrom mittels Röntgen- und CT-Diagnostik ausgeschlossen werden². Die Prävalenz eines verlängerten Processus styloideus ist mit 4% der mitteleuropäischen Bevölkerung gering und die Inzidenz eines Eagle-syndroms erscheint mit etwa 0,16% ebenfalls sehr selten³. Verglichen mit den operativ versorgten Fällen zeigt sich allerdings eine nicht unerhebliche Grauziffer an nicht diagnostizierten Fällen. Ursächlich für das Eagle-syndrom wurden bereits verschiedene Theorien in der Literatur angeführt. Zwei der meist genannten sind eine reaktive Metaplasie und Hyperplasie nach stattgehabtem Trauma und/oder operativer Intervention im anatomischen Gebiet⁴.

Für konservativ therapierefraktäre Fälle stellt die operative Behandlung mittels zervikalem Zugang die Therapie der Wahl dar⁵. Die Nachuntersuchung der Patientin sechs Jahre nach der operativen Versorgung mittels VAS-Skalen, OHIP-G14-Fragebogen und Fragen zu postoperativen Schmerzen zeigten ein optimales Ergebnis.

¹Beder E, Ozgursoy OB, Ozgursoy SK. Current diagnosis and transoral surgical treatment of Eagle's syndrome. *J Oral Maxillofac Surg* 2005;63:1742-1745.
²Chrcanovic BR, Custodio AI, Oliveira DR. An intraoral surgical approach to the styloid process in Eagle's syndrome. *Oral Maxillofac Surg*. 2009;13:145-151.
³Prasad KC, Kamath MP, Reddy KJM, et al. Elongated styloid process (Eagle's syndrome): a clinical study. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:171-5.
⁴Slavin KV. Eagle syndrome: entrapment of the glossopharyngeal nerve? Case report and review of the literature. *J Neurosurg*. 2002;97(1):216-218.
⁵Mortellaro C, Biancucci P, Picciolo G, et al. Eagle's syndrome: importance of a corrected diagnosis and adequate surgical treatment. *J Craniofac Surg* 2002;13:755-8.