

Syndrome de Eagle révélé par des troubles de la déglutition : À propos d'un cas.

Fray Saloua, Ben Ali Nadia, Kessentini Nahed, Nagi Sonia, Fredj Mohamed, Belal Samir
 Service de neurologie. Hôpital Charles Nicolle. Tunis

Le processus styloïde est une excroissance mince qui émerge de la portion pétreuse de l'os temporal. Ce processus dérive du second arc brachial. Il se trouve dans la cavité maxillo-vertébro-pharyngée qui contient les artères carotides, la veine jugulaire interne, le nerf facial, le nerf glossopharyngien, le nerf vagal et le nerf hypoglosse. Sa longueur moyenne varie de 20 à 30 mm. Le sommet de l'apophyse styloïde est relié à l'os hyoïde par l'intermédiaire du ligament stylo-hyoïdien. Le syndrome de Eagle est l'ensemble des symptômes que donnent l'élongation du processus styloïde ou l'ossification du ligament stylo-hyoïdien. C'est une entité rare qui n'est pas couramment suspectée dans la pratique clinique (1) et seulement 4% de la population générale ont une élongation du processus styloïde dont seulement 4% sont censé avoir une forme symptomatique c'est-à-dire un syndrome de Eagle (2). Les patients atteints de syndrome de Eagle ont des processus styloïdes assez long pour provoquer une compression des structures anatomiques adjacentes : les patients peuvent se présenter avec une dysphagie, une odynophagie, une sensation de corps étranger dans la gorge, une otalgie, une névralgie glossopharyngienne, des algies cervico-faciales, des accidents vasculaires cérébraux (3). Etant donné que les symptômes sont variables et non spécifiques les patients peuvent se faire soigner dans différentes spécialités tels que : ORL, Neurologie, neurochirurgie, psychiatrie, médecine dentaire... Cet article rapporte le cas d'un syndrome de Eagle révélé par des troubles de la déglutition explorés dans un service de neurologie.

Observation :

Un cas d'un patient âgé de 28 ans de sexe masculin sans antécédents pathologiques se présente pour des troubles de la déglutition sans fausse route évoluant insidieusement et de façon permanente depuis 3 ans. Les troubles étaient à type de dysphagie totale, d'anesthésie au passage du bol alimentaire, de sensation de relâchement musculaire de la loge hyoïdienne et de cervicalgies surtout lors de la déglutition. L'examen neurologique était normal. L'imagerie par résonance magnétique cérébrale n'a pas montré de processus pathologique malformatif, tumoral, vasculaire ou inflammatoire notamment du tronc cérébral pouvant expliquer la symptomatologie (Figure 1). L'électroneuromyogramme (ENMG) était normal en particulier il n'a pas montré d'atteinte neurogène, myogène ou de type corne antérieure. L'analyse du liquide céphalorachidien (LCR) ainsi que le bilan infectieux (sérologies : HIV, syphilis, HVC, HVB, BK...) étaient normales éliminant une origine infectieuse en particulier une méningite de la base. Le bilan immunologique et le bilan métabolique étaient de même négatifs. La manométrie œsophagienne n'a pas montré d'achalasie et le transit oeso-gastro-duodéal (TOGD) était normal. Le scanner du larynx a éliminé une tumeur de la sphère ORL. La nasofibroscopie a conclu à une hyper laxité épi glottique. Le scanner cervical avec coupe coronal ainsi que les coupes latérales du TOGD ont montré une élongation bilatérale des processus styloïde mesuré à

37 mm (Figure 2,3). Le Test à la Xylocaïne positif a permis de retenir le diagnostic de syndrome de Eagle comme étiologie à ces troubles de la déglutition après avoir éliminer toutes les étiologies d'origine digestive, ORL et neurologique . Le patient a été mis sous traitement inflammatoire avec amélioration partielle de la symptomatologie.

Figure 1 : A : IRM cérébrale, séquence pondérée T1 coupe sagittale, B : séquence pondérée T2 coupe axiale : normale

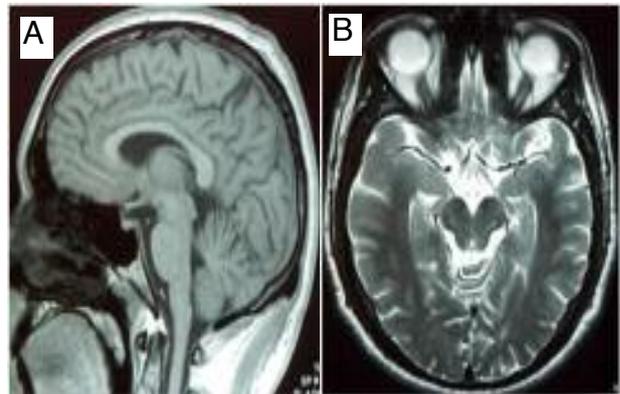


Figure 2 : Scanner cervical avec coupe coronale : élongation bilatérale des processus styloïdes mesurant 37 mm.

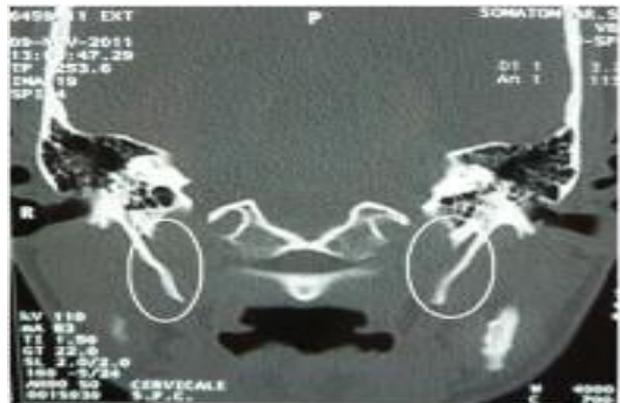


Figure 3 : Transit oeso-gastro-duodéal: absence d'anomalies œsophagiennes, élongation du processus styloïde



Conclusion :

Le syndrome de Eagle est une entité rare. Ces symptômes sont polymorphes et semblent à ceux d'autres pathologies, rendant le diagnostic difficile. Les examens cliniques et paracliniques sont souvent nécessaires pour exclure d'autres entités en particulier neurologiques avec des manifestations cliniques similaires. Son traitement dépend de la gravité de la symptomatologie, un traitement conservateur à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'injection trans-pharyngienne de stéroïdes ou d'anesthésiques locaux peut être tenté en première intention, mais le raccourcissement chirurgical du processus styloïde reste de traitement de choix.

Références :

- (1) Fini G, Gasparini G, Fillipini F, Brecelli R, Marcotullio D. The long styloid process syndrome or Eagle's syndrome. J Craniomaxillofac Surg 2000;28:123-7.
- (2) Murtagh RD, Caracciolo JT, Fernandez G. CT findings associated with Eagle syndrome. AJNR Am J Neuroradiol 2001;22:1401-2.
- (3) Suneet K, Yajuvender SH, Ashutosh H. Eagle's syndrome – Acase report and review of the litterature. Saudi Dent J 2011;23:211-5.

Hématome épidural secondaire à une rachianesthésie

Sayed Walid, Miledi Mongi, Ben Salah Mohamed, Zoghalmi Mohamed, Dridi Moez, Annabi Hédi, Haj Salah Mehdi, Trabelsi Mohsen, M'Barek Mondher

Service d'orthopédie. Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous. Tunis.

L'hématome médullaire épidural est une entité rare. Son origine est le riche plexus veineux de l'espace épidural. Dans la plupart des cas, ces hématomes se développent spontanément sans cause connue (1).

Les étiologies de l'hématome médullaire épidural sont nombreuses : malformations artério-veineuses, tumeurs vertébrales, fractures vertébrales... (1, 2). L'hypertension artérielle, les troubles de la coagulation ainsi que les anticoagulants représentent des facteurs favorisant de développement de ce type de lésion (1, 2, 3).

L'hématome médullaire épidural est une complication rare de la rachianesthésie et de l'anesthésie péridurale.

Nous rapportons un cas d'hématome épidural survenu dans les suites d'une prostatectomie à ciel ouvert sous rachianesthésie.

Observation

Mr MA, âgé de 80 ans, sans antécédents médicaux notables, a consulté pour des gonalgies bilatérales avec des claudications neurogènes et des lombosciatalgies bilatérales de type L5, sans déficit neurologique associé, apparues et d'aggravation progressive depuis 18 mois. Le patient avait été opéré 2 semaines avant l'apparition des radicualgies pour un adénome de la prostate. La prostatectomie avait été alors réalisée à ciel ouvert sous rachianesthésie.

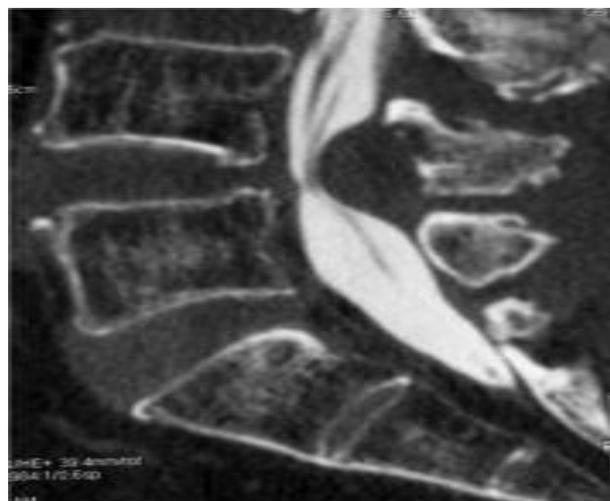
Le patient avait été mis en post-opératoire immédiat sous anticoagulants type énoxaparine sodique à la dose de 40 mg, une injection par jour, pendant 15 jours.

Les radiographies standards des genoux ont révélé une gonarthrose

tricompartimentale bilatérale évoluée. La radiographie standard du rachis lombaire a montré un rachis dégénératif avec un pincement L1 L2 et L2 L3.

Un myéloscanner lombaire a été alors demandé. Il a montré une volumineuse empreinte postérieure extra-durale en regard de L4-L5, faisant 15 mm de diamètre, comprimant les racines L5 et refoulant le sac dural en regard. Cette masse érodait l'arc postérieur notamment l'épineuse de L4 (Figure1).

Figure 1 : Myéloscanner en coupe sagittale : volumineuse empreinte postérieure extra-durale en regard de L4-L5



L'IRM a révélé une masse arrondie hétérogène en hypersignal T1 et T2, de 15 mm de diamètre située dans l'espace épidural dorsal L4-L5 et érodant l'épineuse de L4.

Devant ces aspects radiographiques, le premier diagnostic évoqué était celui d'une tumeur extra-durale. Le patient a alors eu une décompression L4-L5 par voie postérieure avec une laminectomie de L4 et une résection de la masse. L'aspect macroscopique était celui d'une masse violacée de consistance molle, de 15 mm de diamètre, évoquant un hématome organisé (Figure 2).

Figure 2 : Aspect macroscopique per-opératoire d'un hématome organisé

