

Syndrome d'Eagle à l'origine d'une sténose grave de la carotide interne

Joel W. Howlett MD, Matthew Hearn MD, Cameron Bakala MD

■ Citation : *CMAJ* 2021 July 19;193:E1091. doi : 10.1503/cmaj.202803-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.202803

Un homme de 56 ans atteint de diabète de type 2 a consulté au service des urgences pour une faiblesse au bras gauche et une paresthésie de la langue d'apparition subite et d'une durée approximative de 5 minutes. Les symptômes se sont manifestés à plusieurs reprises en route vers l'hôpital. À l'examen, les signes vitaux et l'évaluation neurologique du patient étaient normaux, et le diagnostic provisoire a été celui d'un accident ischémique transitoire. La tomodensitométrie (TDM) avec agent de contraste a montré un réseau vasculaire cérébral normal, sans dissection ou anévrisme extra-crânien; toutefois, les 2 apophyses styloïdes étaient allongées et la carotide interne droite était comprimée entre l'apophyse styloïde droite et l'apophyse transverse de l'atlas (C1) (figure 1A; annexe 1, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.202803/tab-related-content). L'imagerie et le tableau clinique concordaient avec un syndrome d'Eagle, et nous avons reçu une demande de consultation pour une prise en charge chirurgicale urgente.

Nous avons procédé à la résection de l'apophyse styloïde droite par approche transcervicale (figure 1B) et l'angiographie post-intervention a montré une carotide interne tout à fait perméable (annexe 1). Le patient s'est entièrement rétabli et aucune autre intervention n'a été requise.

Le syndrome d'Eagle, nommé d'après le chirurgien Watt Eagle, est un syndrome de compression rare en lien avec une apophyse styloïde allongée (> 30 mm), une variante anatomique présente chez 4% de la population¹. Le tableau clinique est souvent subtil et inclut dysphagie, sensation

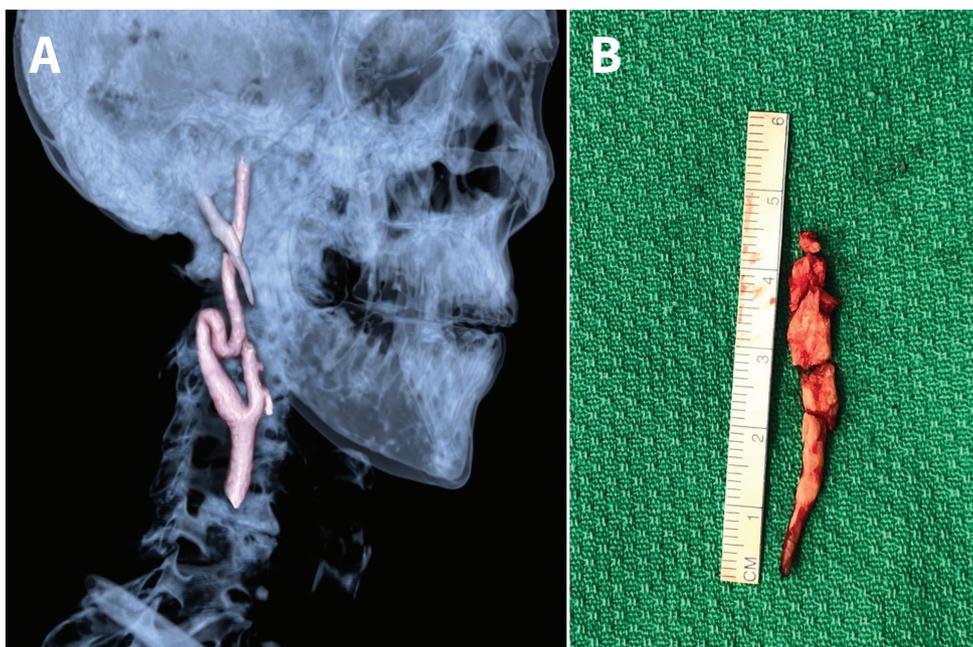


Figure 1 : A) Reconstruction tridimensionnelle par tomodensitométrie (TDM) du crâne d'un homme de 56 ans ayant présenté une faiblesse au bras gauche et une paresthésie de la langue, chez qui on observe une élongation de l'apophyse styloïde droite (47 mm) causant une compression à la carotide interne droite. B) Après résection, l'apophyse styloïde mesurait 45 mm (normale : 20–30 mm)¹.

d'encombrement oropharyngé, céphalées, douleur cervico-faciale et douleur à l'articulation mandibulaire temporale causée par la pression exercée par l'apophyse styloïde sur les nerfs crâniens VII, IX ou X, ou le plexus sympathique. Le syndrome d'Eagle peut aussi résulter de la compression de la carotide interne, comme chez notre patient. Les patients font souvent état d'un lien clair entre les symptômes et la position de la tête¹⁻³. L'examen clinique devrait inclure une évaluation des nerfs crâniens et la palpation du cou et de la fosse amygdalienne pour repérer une structure osseuse médialisée. L'angiogramme TDM pourrait aider à clarifier le diagnostic. Les patients qui présentent de la douleur peuvent être traités de manière conservatrice par anti-inflammatoires non stéroïdiens, tandis que l'intervention chirurgicale est réservée aux patients qui présentent des symptômes persistants, un risque vasculaire ou des séquelles neurologiques¹.

Références

1. Galletta K, Siniscalchi E, Ciccù M, et al. Eagle syndrome: a wide spectrum of clinical and neuroradiological findings from cervico-facial pain to cerebral ischemia. *J Craniofac Surg* 2019;30:e424-8.
2. Farhat HI, Elhammady MS, Ziayee H, et al. Eagle syndrome as a cause of transient ischemic attacks. *J Neurosurg* 2009;110:90-3.
3. Ogura T, Mineharu Y, Todo K, et al. Carotid artery dissection caused by an elongated styloid process: three case reports and review of the literature. *NMC Case Rep J* 2014;2:21-5.B

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement du patient.

Affiliations : Division d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, Département de chirurgie (Howlett, Hearn, Bakala), Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.; Division d'oto-rhino-laryngologie, chirurgie cervico-faciale (Hearn, Bakala), Hôpital Général de Kelowna, Kelowna, C.-B.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

Correspondance : Joel Howlett, joel.howlett@alumni.ubc.ca

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.