

O.BOUKHLouF,R. EL AZZOUI ,M.BOUAADAS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET PHARMACIE MOHAMED V DE RABAT,RABAT, MAROC

Boukhlofoumaïma@gmail.com

INTRODUCTION

Le syndrome d'Eagle a été décrit pour la première fois par Watt W. Eagle en 1937 comme une affection résultant de l'élongation de l'apophyse styloïde ou de l'ossification du ligament stylo-hyoïdien [1]. Lorsque l'apophyse styloïde dépasse 25 à 30 mm, elle peut provoquer des douleurs cervico-faciales ou oropharyngées [2]. En raison de symptômes non spécifiques, le syndrome d'Eagle est souvent confondu avec une pathologie temporo-mandibulaire ou dentaire. L'imagerie, notamment la tomodensitométrie avec reconstruction tridimensionnelle, est l'examen de référence pour confirmer le diagnostic [3].

RAPPORT DE CAS

Une jeune femme de 19 ans consultait pour des douleurs chroniques de l'articulation temporo-mandibulaire gauche et des douleurs dentaires évoluant depuis six mois. Elle avait déjà consulté un ORL, un dentiste et un psychiatre. Elle avait reçu des antalgiques, des myorelaxants, des anti-inflammatoires et des antipsychotiques, sans succès.

Elle a alors été orientée vers le service de chirurgie maxillo-faciale, où l'examen clinique a révélé une sensibilité pharyngée. Une suspicion de syndrome d'Eagle a été évoquée. L'imagerie tomodensitométrique coronale a révélé un allongement bilatéral des apophyses styloïdes, avec une ossification partielle du ligament stylo-hyoïdien, confirmant le diagnostic de syndrome d'Eagle (figure 1).

Le patient a été admis au service de chirurgie maxillo-faciale pour un traitement chirurgical.

CONCLUSION

Le recours précoce à l'imagerie lorsque les traitements conventionnels des douleurs chroniques de l'articulation temporo-mandibulaire échouent est nécessaire permettant de diagnostiquer le syndrome d'Eagle et adapter la prise en charge nécessaire .

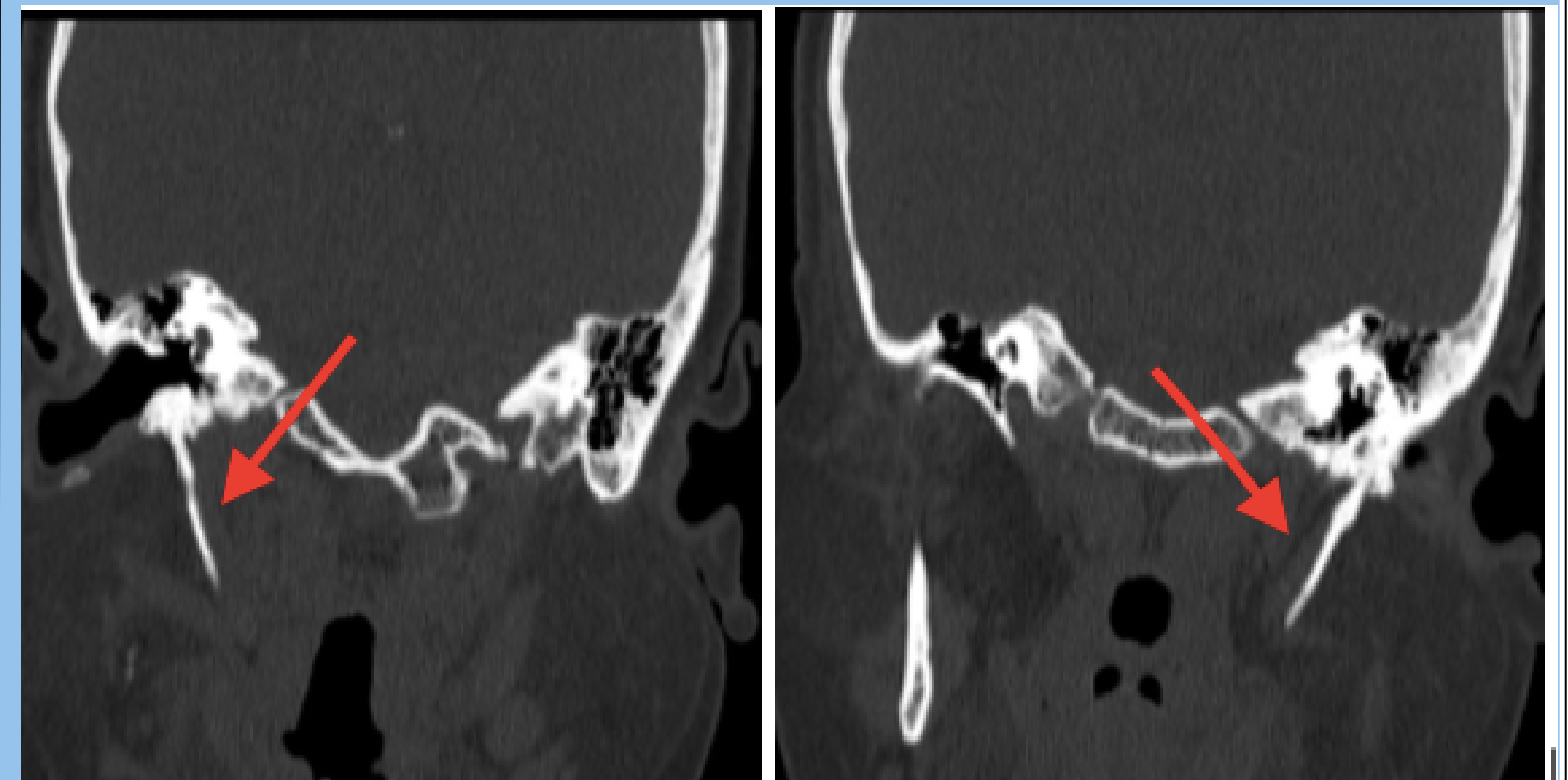


Figure (1) :coupes coronales en fenêtres osseuses d'un scanner du massif facial objectivant un allongement bilatéral des apophyses styloïdes gauche et droite (flèches rouges) , avec une ossification partielle du ligament stylo-hyoïdien.

DISCUSSION

Le syndrome d'Eagle reste sous-diagnostiqué en raison de la diversité et du caractère non spécifique de ses symptômes, ce qui conduit souvent à des interventions dentaires ou des évaluations psychiatriques inutiles [2]. Le rôle de l'imagerie est crucial. Les radiographies panoramiques peuvent suggérer un allongement, mais manquent de précision [3]. La tomodensitométrie, notamment avec reconstructions tridimensionnelles, fournit des mesures précises de l'apophyse styloïde et permet de visualiser toute ossification [1,3].

Dans notre cas, la suspicion clinique seule était insuffisante ; la tomodensitométrie était essentielle pour confirmer le diagnostic.

REFERENCES

1. Choumi F, Ziani Y. Syndrome d'Eagle à propos d'un cas [Eagle syndrome: report of a case]. Pan Afr Med J. 2014;18:333. doi:10.11604/pamj.2014.18.333.5192.
2. Bouguila J, Ben Amor M, Zribi A, Alouini O, Sahtout S, Ben Jaber S. Le syndrome d'Eagle: une douleur mal connue et mal reconnue! Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2011;112(6):348-352. doi:10.1016/j.stomax.2011.10.008.
3. Kahwagi J, et al. Cervical pain revealing an Eagle syndrome: About two cases. Ann Afr Med. 2023;16(3).