

## Uzamış stiloid proçes (Eagle's sendromu): olgu sunumu

Kadir Serkan Orhan\*, Yahya Güldiken\*, Halil İbrahim Ural\*\*, Ayşegül Çakmak\*\*\*

### SUMMARY

#### Elongated styloid process (Eagle's syndrome): literature review and a case report

Eagle's syndrome occurs when an elongated styloid process or calcified stylohyoid ligament causes recurrent throat pain or foreign body sensation, dysphagia, or facial pain. Additional symptoms may include neck or throat pain with radiation to the ipsilateral ear. The symptoms related to this condition can be confused with those attributed to a wide variety of facial neuralgias. Diagnosis can usually be made on physical examination by digital palpation of the styloid process in the tonsillar fossa. The treatment of Eagle's syndrome is primarily surgical. The styloid process can be shortened through an intraoral or external approach. We report a 51-year-old woman with the symptomatology of Eagle's syndrome and literature review.

**Key words:** Eagle's syndrome, elongated styloid process, neck pain

### ÖZET

Eagle sendromu uzamış stiloid process ve kalsifiye stiloid ligamana bağlı oluşur, tekrarlayan boğaz ağrısı veya yabancı cisim hissi, disfaji ve fasyal ağrıya yol açar. Bununla birlikte boyun ve boğaz ağrısı ipsilateral kulağa da yansiyabilir. Bu semptomlar fasyal nevraljize neden olan diğer tablolarla karışabilir. Tanı sıklıkla tonsiller fossada stiloid proçesinin palpasyonu ile konulur. Tedavisi cerrahidir. Stiloid proçes intraoral veya eksternal yaklaşımla kısaltılır. Elli bir yaşında Eagle sendromu semptomatolojisi ile başvuran hasta sunulmuş ve literatür taraması yapılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Eagle sendromu, uzamış stiloid proçes, boyun ağrısı

(\*) İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Dr.

(\*\*) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Dr.

(\*\*\*) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Prof. Dr.

#### Başvuru adresi:

Dr. Kadir Serkan Orhan, Arpaemini mah. Kürkçüboştan sok. No:26 D:5, 34093 Çapa-İstanbul

Faks: 212 5347133 e-posta: ksorhan@yahoo.com

(\*) İstanbul University İstanbul Faculty of Medicine, Department of Ear Nose and Throat Diseases, M. D.

(\*\*) İstanbul University İstanbul Faculty of Medicine, Department of Physical Therapy and Rehabilitation, M. D.

(\*\*\*) İstanbul University İstanbul Faculty of Medicine, Department of Physical Therapy and Rehabilitation, Prof. M. D.

#### Correponce to:

Kadir Serkan Orhan, M. D., Arpaemini mah. Kürkçüboştan sok. No:26 D:5, 34093 Çapa, İstanbul, TURKEY

Fax: (+90 212) 534 71 33 e-mail: ksorhan@yahoo.com

## Giriş

**B**aş boyun bölgesine lokalize ağrılar hekimlerin günlük pratikte sık karşılaştıkları semptomlardandır. Boğaza lokalize, aynı tarafta mastoid bölgeye vuran ağrılarda uzamış stiloid proçes düşünülmalıdır. Bu hastalarda aynı zamanda diş, çene ağrıları ve temporomandibuler eklem disfonksiyonuna bağlı şikayetler de görülebilir (Godden 1999, Pontus 1985). Özellikle şikayetler ile fizik muayene arasında uyumsuzluk gözlenen hastalarda akıldta tutulmalıdır. Bu hastaların bir kısmı nörotik olduğu düşünülerek yanlış tedaviler alabilmektedir.

Uzamış stiloid proçes ve klinik bulgular 1937'de W. Eagle tarafından tanımlanmıştır. Farekste sıklıkla kulağa vuran künt bir ağrı, yutma güçlüğü ve boğazda yabancı cisim hissi Eagle tarafından ilk tanımlanan semptomlardır (Eagle 1937).

Tanı hikaye, tonsiller fossanın palpasyonu sırasında oluşan ağrı ve ele gelen stiloid proçes ile konulur. Radyolojik olarak ön-arka pozisyonda direkt grafi, panoramik grafi, bilgisayarlı tomografi ile tanı desteklenir.

Bu yazıda uzamış stiloid proçese bağlı boyun ağrısı şikayeti ile başvuran bir olgu sunulmuş ve tedavi yaklaşımları tartışılmıştır.

## Olgu Sunumu

Olgumuz 51 yaşında kadın hastaydı. Hasta boğaz ve boyunun sağ tarafında ağrı şikayetiyle başvurdu. Ağrısının yutkunmakla arttığını ve sağ kulağına doğru yayıldığını ifade etmekteydi. Şikayetlerinin son birkaç yıldır olduğunu belirten hastanın özgeçmişi ve soygeçmişinde özellik yoktu. Anterior rinoskopik muayenede septumun sola deviye olduğu görüldü. Otoskopik muayenede patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın ağız, farenksi ve tonsilleri normal görünümündeydi. Palpasyonla sağ tonsil alt kutbunda sertlik ve bu esnada ağrı saptandı. Boyun ağrısına yönelik ayırıcı tanı için yapılan lokomotor sistem muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Ağrının uzamış stiloid proçese bağlı olabileceği düşünüldü. Tanıyı desteklemek için yapılan boyun bilgisayarlı tomografi incelemesinde her iki taraftaki stiloid proçesin 3. vertebra end plate düzeyine kadar indiği, internal karotid arter anteromedial komşuluğunda parafarengeal alana uzandığı ancak bası oluşturmadığı görüldü (Resim 1). Hastanın sadece sağ tarafta şikayet ve bulgularının olması nedeniyle genel anestezi altında, baş hiperekstansiyon pozisyonunda iken sağ tonsillektomi ve stiloid proçes rezeksiyonu uygulandı. Operasyondan sonra semptomları kaybolan hasta en son postoperatif 20. ay-

da görüldü. Hastanın bu dönemde herhangi bir şikayeti yoktu.

## Tartışma

Stiloid proçes temporal kemiğin inferior yüzünde, stilomastoid foramenin önünde yerleşmiş slindirik şekilli kemik yapı olup stilohyoid ve stilomandibuler ligamanlara; stilofarengeus, stilohyoid ve stiloglossus kaslara bağlıdır. Stiloid proçes, stilohyoid ligaman olarak devam eder ve hyoid kemiğin küçük boynuzuna yapışır. Stilomandibuler ligaman stiloid proçesin alt parçasından mandibula köşesine uzanır. Stilohyoid kas, proçesin ucundan köken alarak hyoid kemiğin küçük boynuzunun lateraline yapışır. Bu kas digastrik kasın ara tendonunun geçişine izin vermektedir. Stiloglossus kası, stiloid proçesin ön - alt kısmı ile stilohyoid ligamanın üst kısmından dile kadar uzanır. Stilofarengeal kas, stiloid proçesin tabanının medialinden tiroid kartilajın posterior sınırına tutunur. Dilin suspensor aparatı, hyoid kemik ve tiroid kartilaj bu üç kas tarafından desteklenir (Pontus 1985).

Embriyolojik olarak stiloid proçes, hyoid kemiğin küçük boynuzu ve korpusunun üst kısmından, stilohyoid ligaman ise stilohyoid zincirden gelişir. Stilohyoid zincir, ikinci brankial arktan (Reichart kartilajı) köken alır. Stiloid proçes, embriyolojik olarak iki parçadan oluşur (Pontus 1985);

1. Timpanohyal parça, Reichart kartilajının üst bölümünden gelişir ve temporal kemiğin içine gömülü durumdadır;
2. Stilohyal parça, stiloid proçesin ana yapısını oluşturur. Bu kısım sıklıkla orta yaşlarda kalsifiye olan kıkırdak tarafından oluşturulur.

Stiloid proçesin normal uzunluğu Eagle tarafından 2.5 cm olarak bildirilmiş ve bunun üzerindeki pro-



**Resim 1:** Koronal Planda Bilgisayarlı Tomografi: Bilateral uzamış stiloid proçes görünümü)

çesler uzamış olarak değerlendirilmiştir (Eagle 1947). Kaufman ve ark., herhangi bir sebeple hastaneye yatan 482 hastaya panoramik grafi çekerek stiloid sürecin sağda 29.9 mm solda ise 29.5 mm olduğunu bildirmişlerdir (Kaufman ve ark. 1970). Moffat ve ark. ise 80 kadavra disseksiyonu yaparak stiloid sürecin normal uzunluğunu 1.52-4.77±2 cm olarak bildirmişlerdir (Moffat ve ark 1977).

Elonge stiloid sürecin patogenezi hakkında teorilerden öteye gitmeyen bilgilere sahibiz. Konjenital olarak, stilohyoid ligaman proksimalinde kalsifikasyon ve stiloid ligamanın insersiyosunda kemikleşme patogenezi ileri sürülen mekanizmalardır (Strauss ve ark. 1985).

Ağrının ortaya çıkmasını açıklamak için aşağıdaki mekanizmalar öne sürülmüştür (Strauss ve ark. 1985);

1. Ani bir hareketle kalsifiye stilohyoid ligamanda fraktür
2. Uzamış stiloid sürecin, glossofarengal sinir, trigeminal sinirin alt dalı veya korda timpaniye bası oluşturması.
3. Stilohyoid ligamanın insersiyosunda dejenerasyon ve inflamatuvar değişiklikler.
4. Uzamış stiloid sürecin farengal mukozaya bası oluşturarak irritasyonu yaratması.
5. Karotis arterin stiloid süreçle sıkışarak dolaşımının bozulması ve buna bağlı olarak arteriyel duvardaki sempatik sinirlerin irritasyonu.

Semptomatik olarak hastalar iki gruba ayrılabilir;

1. Klasik sendrom
2. Stilo-karotid arter sendromu

Klasik sendromlu hastalar farenkste rahatsız edici, yutkunmakla artan ve mastoid bölgeye vuran ağrıdan yakınır. Bu hastalar genellikle daha önceden tonsillektomi olmuştur. Stilo-karotid tipte ise hastalar boğaz ağrısıyla birlikte senkop ataklarıyla hekime başvururlar. Tonsillektomi hikayesi yoktur. Bizim hastamız semptomatik olarak klasik tipe uymasına rağmen daha önce tonsillektomi olmamıştı.

Elonge stiloid süreç çok farklı semptomatoloji ile karşımıza gelebilir. Bazı hastalarda radyolojik olarak elonge stiloid süreç saptanmasına rağmen semptomlar görülmeyebilir (Yetişer ve ark. 1997). Olgumuzda bilgisayarlı tomografide bilateral uzamış stiloid süreç saptanmasına rağmen, semptomlar sadece sağ tarafta mevcuttu.

Semptomatik olan hastaların bir kısmı da nörolojik hastalıklar ve enfeksiyon hastalıkları ile karıştırılabilir (Yetişer ve ark. 1997). Ayırıcı tanıda; kranyal sinir nevralljileri (glossofarengal, trigemi-

nal, vs.), temporomandibuler eklem hastalıkları, servikal miyofasial ağrı sendromu, kronik faringotonsillit, molar dişlere ait problemler, dental protezlere ait sorunlar, farenks ve dil kökü tümörleri akıldan tutulmalıdır (Strauss ve ark. 1985).

Uzamış stiloid süreçle ilgili semptomların giderilmesindeki tek tedavi yöntemi cerrahi eksizyondur. İntraoral ve eksternal yaklaşımlar kullanılabilir. İntraoral teknik lokal anestezi ile yapılabilir ve cilt insizyonuna gerek olmaz. Ancak farenksten boyna bakteriyel kontaminasyon riski taşır. Aynı zamanda eksternal karotid arter ve fasiyal sinir yaralanabilir. Eksternal yaklaşımda ise anatomik görüş daha iyi olup, steril cerrahi teknik uygulandığından enfeksiyon riski düşüktür. Cilt kesisi yapıldığı için skar sorun oluşturabilir. Bununla birlikte genel anesteziye bağlı riskler de taşımaktadır. Cerrahin deneyimi ve hastayla ilgili faktörler göz önünde bulundurularak cerrahi yaklaşım biçimine karar verilmelidir. Bu olguda intraoral yaklaşımı tercih etme nedenimiz basit bir teknik oluşu ve o konuda kendimizi daha deneyimli hissetmemizdir.

Boyun, boğaz, kulak, diş, temporomandibuler eklem ağrıları; yutma güçlüğü, boğazda yabancı cisim hissi gibi şikayetler bir hekimin günlük pratiğinde sıkça karşılaştığı yakınmalardır. Büyük oranda başka sebepleri olmasına rağmen, Eagle sendromu da bu şikayetlerin bir nedeni olabilir. Bu nedenle bu tip yakınmaları olan hastalarda, özellikle şikayetlerin tedavilere dirençli olması halinde, Eagle sendromu bir etiyolojik neden olarak akıldan tutulmalı ve gerekli araştırmalar yapılmalıdır.

## Kaynaklar

- Eagle W. W.: Symptomatic elongated styloid process. Report of two cases of Styloid process. Arch Otolaryngol 1937; 25: 584-587.
- Eagle W. W.: Symptomatic elongated styloid process. Report of two cases of styloid process-carotid artery syndrome with operation. Arch Otolaryngol 1949; 49: 480-503.
- Godden D. R., Adam S., Woodward R.T.: Eagle's syndrome: an unusual cause of a clicking jaw. Br Dent J 1999 May 22; 186 (10): 489-490.
- Kaufman S. M., Elzay R. P., Arishi E. F.: Styloid process variation: Arch Otolaryngol 1970; 91: 460-463.
- Moffat D. A., Ramsden R. T., Shaw H. J.: The styloid process syndrome: Aetiological factors and surgical management. J. Laryngol. Otol 1977; 91: 279-294.
- Pontus L.: The elongated styloid process as a cause of throat discomfort: Four case reports. J. Laryngol Otol 1985; 99: 505-508.
- Strauss M., Zohar Y., Laurian N.: Elongated styloid process syndrome: Intraoral versus external approach for styloid surgery. Laryngoscope 1985; 976-979.
- Yetişer S., Gerek M., Ozkaptan Y.: Elongated styloid process: Diagnostic problems related to symptomatology. Cranio 1997 Jul; 15 (3): 236-241.