

Chirurgische Therapie des Eagle-Syndroms

Patienten mit dem Eagle-Syndrom leiden unter variablen Beschwerden im Rachen- und Zungenbereich, die unter anderem auf einen atypisch geformten und gelagerten Processus styloideus zurückzuführen sind.

Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig

■ Das Eagle-Syndrom, auch Stylohyoid-Syndrom oder stylo-kerato-hyoidales Syndrom genannt, führt häufig zu neuralgieartigen, dumpfen Schmerzen im Bereich der lateralen Rachen- und Zungenregion, die in den Hals und zum Ohr hin ausstrahlen und beim Schlucken verstärkt werden können. Klinisch berichten die Patienten über ein Fremdkörpergefühl im Rachen mit Räusper- und Schluckzwang. Bei der Palpation im Bereich der lateralen Pharynx- und Tonsillenregion lässt sich eine derbe, längliche indurierte Resistenz palpieren, die manchmal auch als eine Vorwölbung enoral in der Tonsillenregion imponiert (Abb. 1). In der bildgebenden Diagnostik zeigt sich ein atypisch gelagerter oder ungewöhnlich langer sowie medial oder lateral

abgeknickter Processus styloideus, der über seiner normalen Länge von 30 mm herausragt (Abb. 2). Diese von den Patienten häufig angegebenen klinischen Beschwerden werden auch häufig als Zervikalsyndrom fehlgedeutet.

Das von Lesoiner erstmals 1969 beschriebene stylo-kerato-hyoidale Syndrom beruht in der Regel auf einer einseitigen Verknöcherung des Zungenbeinapparates von der Schädelbasis bis zum Schildknorpel des Kehlkopfes. Es handelt sich dabei um eine atavistische Missbildung, die bei den meisten Säugetieren vorkommt und eine Verbindung des Zungenbeins zum übrigen Skelett aus einer Reihe von Knochen bildet, die untereinander gelenkig verbunden sind.



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3

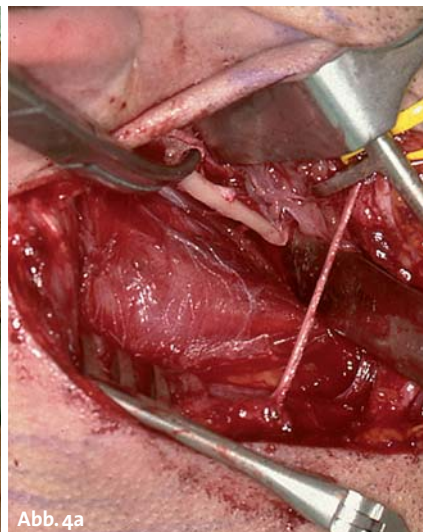


Abb. 4a

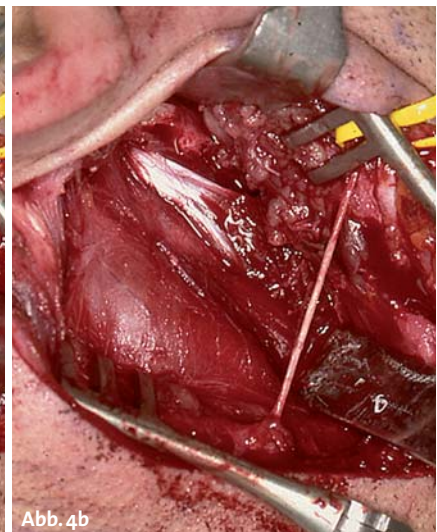


Abb. 4b

Abb. 1: Enorale Ansicht der rechten vorderen Rachenwand bei einem Patienten, der über neuralgieartige, dumpfe Schmerzen im Bereich der lateralen Rachen- und Zungenregion klagt. Klinisch imponierte eine deutliche Vorwölbung einer indurierten palpablen Resistenz. – **Abb. 2:** Computertomografische Ansicht des verlängerten Proc. styloideus. – **Abb. 3:** Rechtslaterale intraoperative Ansicht der infraaurikulären Schnittführung zur Exposition des Proc. styloideus. Der Proc. styloideus ist als basaler Fortsatz des Lobulus auf der Haut markiert. – **Abb. 4a und b:** Rechtslaterale intraoperative Ansicht mit Darstellung des Proc. styloideus (a) und nach Resektion des Proc. styloideus (b).

Bei Esel und Pferd zum Beispiel ist diese Verbindung zwischen Schädelbasis und Zungenbein sogar völlig verknöchert. Sie imponiert wie ein doppelter Unterkieferast. Beim Menschen hingegen stellt das Zungenbein den einzigen Knochen des Körpers dar, der mit dem übrigen Skelett nicht durch andere Knochenanteile verbunden, sondern ligamentär aufgehängt ist. Dieser Prozess ist rezessiv-ontogenetisch entwickelt, wobei die ehemaligen Verbindungsknochen verkümmern und durch Bänder oder Muskeln ersetzt werden. In bestimmten Fällen wird dieser rezessiv-ontogenetische Prozess nicht vollendet, sodass hin und wieder auch bei Menschen eine partielle oder totale Verknöcherung der Zungenbein-Ligamentum styloideum-/Processus styloideus-Kette vorliegen kann. Das Syndrom wurde erstmals 1937 von dem US-Amerikaner Watt Weems Eagle beschrieben.

Bei ca. 4 Prozent der Bevölkerung ist der Processus styloideus verlängert, aber nur wiederum ca. 4 Prozent davon haben Symptome eines Eagle-Syndroms. Die Schmerzen können verursacht werden durch den Druck auf den Nervus glossopharyngeus, Nervus vagus oder auch Nervus trigeminus sowie Einklemmung von Halsgefäßen (Arteria carotis communis, Vena jugularis). Betroffen sind besonders Frauen in einem Verhältnis von 3 : 1, im Alter von 30–40 Jahren. Wegen der atavistischen Missbildung sind die weiteren Entstehungen der Erkrankung unklar. In der Literatur werden Traumen, z.B. auch im Rahmen einer Tonsillektomie, angenommen.

Operation

Die Therapie des stylo-kerato-hyoidalen Syndroms (Eagle-Syndrom) ist die Estirpation der verknöcherten Teile bzw. Resektion des Processus styloideus. Dabei kann die Operation sowohl enoral als auch extraoral vorgenommen werden. Der besseren Übersichtlichkeit wegen empfiehlt sich die extraorale Vorgehensweise in Intubationsnarkose bei leicht überstrecktem Kopf (Abb. 3). Von einem etwa 5 cm langen Hautschnitt an der Vorderseite des Musculus sternocleido-mastoideus werden zunächst die großen Halsgefäße und -nerven dargestellt, anschließend der Processus styloideus aufgesucht (Abb. 4a und b). Nun erfolgt das Umfahren des Processus



Abb. 5: Resektat der Proc. styloideus.

styloideus an der Basis mit einem Frehr und die anschließende Absetzung des Processus styloideus proximal mit der Stichsäge (Abb. 5). Es handelt sich um eine distal-analoge Vorgehensweise, wobei unter Umständen das verknöcherte Ligament mit Anteilen des Zungenbeins exstirpiert werden kann. Der postoperative Verlauf ist in der Regel komplikationslos. Histologisch findet sich häufig ein lamilläres Knochengewebe, das spärlich mit hyalinem Knorpel durchsetzt ist. Der lamilläre Knochen ist überwiegend aus Havers-Systemen bestehend. Obwohl das Eagle-Syndrom eine eher seltene Erkrankung darstellt, sollte bei neuralgieformen Beschwerden, vor allen Dingen des Nervus hypoglossus und des Nervus glossopharyngeus, an das Eagle-Syndrom gedacht und der Verdacht durch bildgebende Untersuchungen abgeklärt werden. Ziel der operativen Intervention ist die Reduktion bzw. Entfernung des Processus styloideus mit samt seiner knöchernen Ketten. ■

KONTAKT

Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig
 Ltd. Arzt Plastische und Ästhetische Chirurgie
 Paracelsus-Klinik Hannover
 Oertzeweg 24
 30851 Hannover-Langenhagen
 Tel.: 0511 7794-0
 info@professor-hoenig.de
www.professor-hoenig.de
www.paracelsus-klinik.de

Infos zum Autor



ANZEIGE

**Werden Sie Autor
für unser Journal.**

Foto: © iStockphoto

Bitte kontaktieren Sie Georg Isbaner

✉ g.isbaner@oemus-media.de

☎ 0314 48474-123