

Differenzialdiagnose von Schmerzen der Kopf-Hals-Region

# Das Eagle-Syndrom

Tarik Mizziani, Martin Kunkel

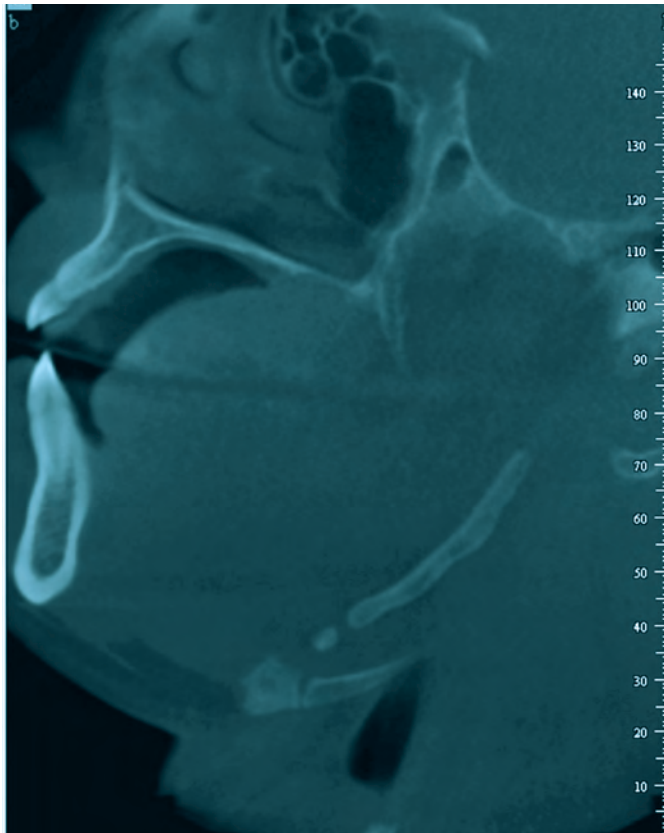
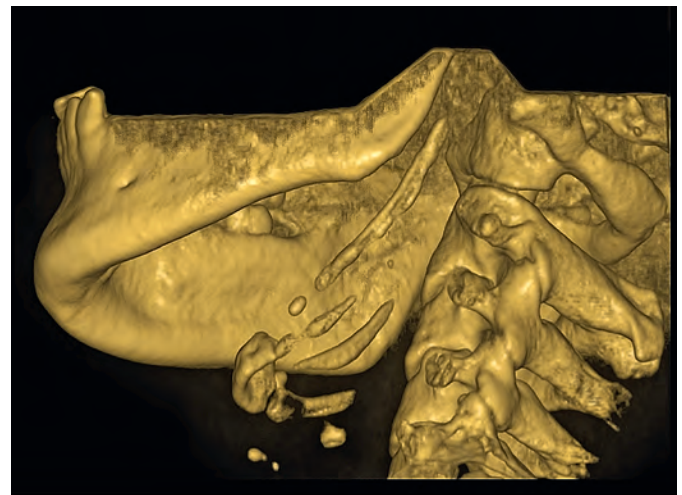


Abbildung 1:  
Die digitale Volumentomografie zeigt eine fast durchgehende Verknöcherung des Ligamentum stylohyoideum. Die 3-D-Rekonstruktion verdeutlicht die Lagebeziehung zum Zungenbein.



**Kliniker präsentieren Fälle mit hohem diagnostischem Schwierigkeitsgrad.**



Ein 24-jähriger Patient stellte sich im Notdienst mit starken Halsschmerzen stechenden Charakters und Schluckbeschwerden vor. Er gab an, dass diese seit circa drei Jahren rezidivierend bestehen würden. Zum Vorstellungszeitpunkt war es dem Patienten nicht mehr möglich, den Kopf schmerzfrei zu wenden oder Nahrung aufzunehmen, ohne stechende Schmerzempfindungen während des Schluckakts zu haben. Die Einnahme unterschiedlich potenter

Analgetika und Physiotherapien im Lauf der Jahre brachten dem Patienten keine längerfristige Beschwerdefreiheit.

Bei Erstkontakt war der Patient in einem mäßigen Allgemein- und guten Ernährungszustand. Es lagen keine Allgemeinerkrankungen vor.

Die extraorale Untersuchung zeigte eine linksbetonte beidseitige Druckdolenz im Trigonum caroticum ohne rubor und calor und ohne Einschränkung der horizontalen Kopfbeweglichkeit. Ein sensibel-neurologisches Defizit der Kopf-Hals-Region lag nicht vor. Palpatorisch war eine Krepitation mit Druckdolenz im lateralen Anteil des Os hyoideum links wahrzunehmen. Intraoral gab es keinen Hinweis auf eine dentogene Schmerzursache, insbesondere im Sinne eines dentogenen entzündlichen Geschehens.

Zur bildgebenden Diagnostik erfolgte die Darstellung des Viscerocraniums mittels digitaler Volumentomografie. Hier zeigten sich sehr ausgedehnte Megastyloides beidseits mit der typischen Lagebeziehung zum Os hyoideum (Abbildung 1).

In Anbetracht der mehrjährigen Anamnese mit Resistenzen gegenüber analgetischer und antiphlogistischer Therapie, der zunehmenden Einschränkung des Patienten im Alltag und der erheblichen abnormen Länge der Processus styloidei wurde dem Patienten die Resektion empfohlen. Der Patient konnte sich zunächst nicht zu einer operativen Intervention entschließen und verfolgte zunächst weitere konservative Therapieansätze (Physiotherapie / Schienentherapie bei CMD). Diese erbrachten aber keine Besserung. Nach vier Monaten erfolgte schließlich in Intubations-



**Auch für diesen „aktuellen klinischen Fall“ können Sie Fortbildungspunkte sammeln. Mehr auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) unter Fortbildung.**

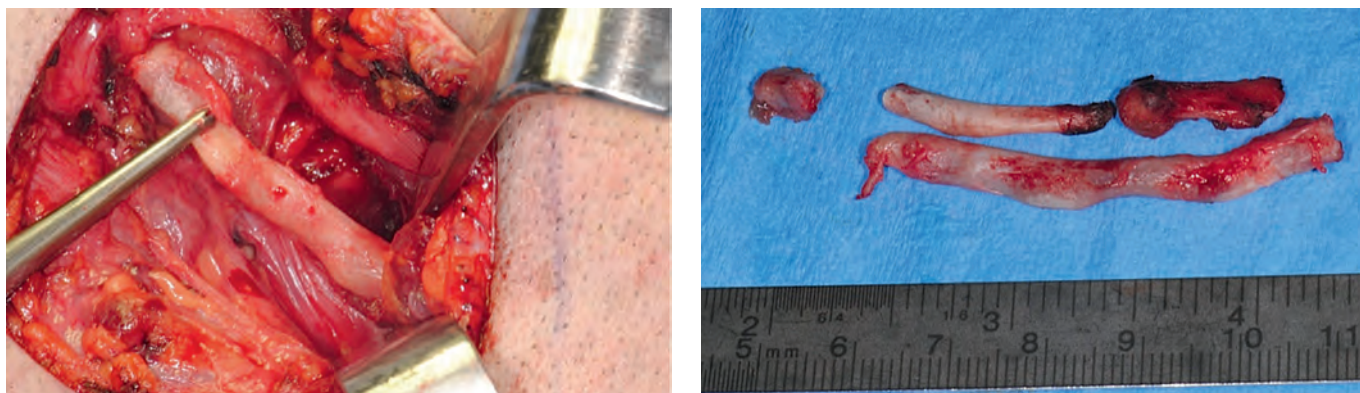


Abbildung 2: Intraoperativer Situs nach Darstellung des Megastyloids auf der linken Seite (a). Die Gesamtlänge der verknöcherten Strukturen betrug gut zehn cm (b).

narkose die Reduktionsplastik der Processus styloidei über einen lateralen zervikalen Zugang (Abbildung 2). Rund sechs Wochen nach der Operation war der Patient bis auf ein leichtes Druckgefühl beim „Kraftsport“ beschwerdefrei.

### Diskussion

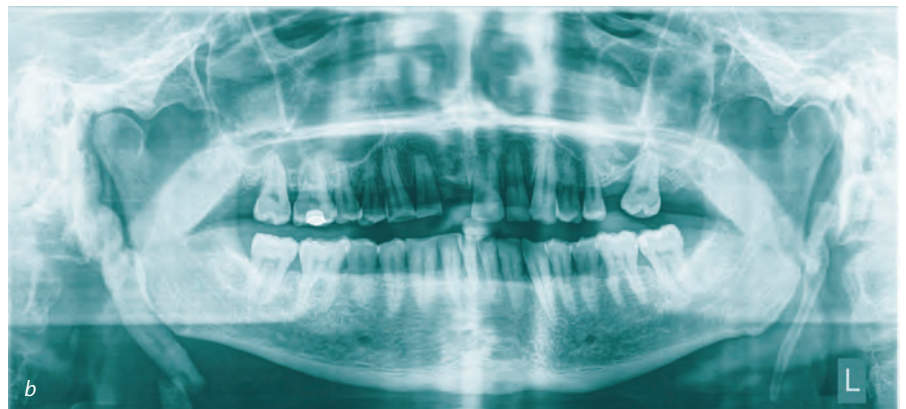
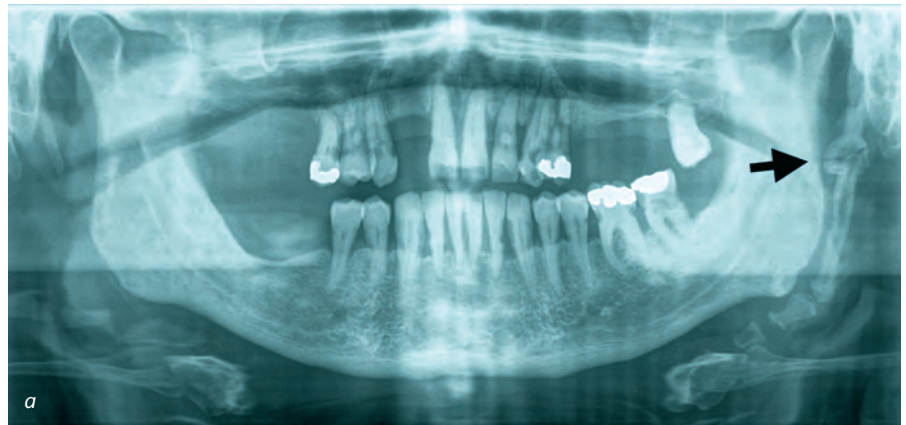
Das „Eagle-Syndrom“ ist nach dem Hals-Nasen-Ohrenarzt Watt Weems Eagle benannt. Es handelt sich um einen bi- oder unilateralen Symptomenkomplex, der sich aus Dysphagien, unspezifischen Gesichts-

schmerzen, Odynophagien und schmerzhaften Kopfwendebewegungen zusammensetzen kann. Ferner werden Hypersalivation, Globusgefühl und schmerzhaftes Zungenbewegungen beschrieben.

In einer Publikation aus dem Jahr 1937 führte Eagle erstmalig in der medizinischen

Literatur den Begriff der „Stylalgia“ ein. Er beschrieb zwei Fälle von Patienten mit Schmerzempfindungen der Kopf-Hals-Region, die mit einer Reduktionsplastik der Processus styloidei therapiert wurden. Ursächlich machte Eagle für dieses Krankheitsbild eine abnorme Länge des Processus styloideus mit oder ohne Kalzifikation des ligamentären Styloidkomplexes verantwortlich.

Diese anatomischen Strukturen (Processus styloideus, Ligamentum stylohyoideum, Cornu minus des Os hyoideum) leiten sich embryogenetisch vom Reichert-Knorpel ab, einem Derivat des zweiten Kiemenbogens. Der Processus styloideus zieht vom Os temporale anterior des Processus mastoideus lateral entlang der Tonsillenloge in enger Lagebeziehung zur A. carotis interna und externa. Er kann das Os hyoideum bei abnormer Länge erreichen. Die durchschnittliche Länge wird in der Literatur mit 20 Millimetern angegeben. Varianten bis zu einer nahezu vollständigen Knochenspange sind möglich (Abbildung 3). Als ursächlich für die Schmerzproblematik wird eine mechanische Irritation der Carotisscheide im Bereich des perivaskulären sympathischen Geflechts angesehen, die Schmerzen im seitlichen Halsareal triggern kann.



Abbildungen 3a und 3b: Varianten von Styloid-Syndromen: Die Veränderungen können einseitig oder auch beidseitig auftreten. Bei umfangreichen Verknöcherungen des Bandapparats können regelrechte hypertrophe Pseudarthrosen auftreten.

## Fazit für die Praxis

- Unklare Schmerzempfindungen in der Kopf-Hals-Region bedürfen generell einer diagnostischen Klärung. Die Diagnostik erfolgt zum einen mit dem Ziel, lokale, therapierbare Schmerzursachen zu erkennen, zum anderen aber auch, um Neoplasien, die im Verlauf der großen Trigeminusäste auftreten können, auszuschließen.

- Das Eagle-Syndrom ist eine seltene Schmerzursache, ist aber in der Regel als Blickdiagnose im Orthopantomogramm erkennbar.

- Differenzialdiagnostisch kommen weitere seltene Ursachen, wie Neuralgien der Hirnnerven, zum Beispiel die Glossopharyngeus-Neuralgie infrage.

- Sind die Schmerzen trotz konservativer Therapiemethoden therapieresistent, ist die Resektion indiziert.

Therapeutisch werden konservative Maßnahmen mit Kortikoidinjektionen in die Tonsillenloge, Neuroleptika oder – wie im vorliegenden Fall – bei therapieresistenten Beschwerden die Reduktionsplastik des Processus styloideus eingesetzt.

Relevant für die zahnärztliche Praxis ist das Eagle-Syndrom als seltene, klinisch schwer differenzierbare Schmerzursache, das aber in der einfachen Panorama-Schichtaufnahme in der Regel bereits als Blickdiagnose erfassbar ist.

Dr. Tarik Mizziani  
 Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel  
 Klinik für Mund-, Kiefer- und  
 plastische Gesichtschirurgie  
 Ruhr-Universität Bochum  
 Knappschaftskrankenhaus  
 Bochum-Langendreer  
 In der Schornau 23-25  
 44892 Bochum  
 tarik.mizziani@ruhr-uni-bochum.de  
 martin.kunkel@ruhr-uni-bochum.de

## MEHR ZUM THEMA

### CME auf zm-online

Hier finden Sie den Direktlink zur CME auf [zm-online.de](http://zm-online.de). Scannen Sie einfach den QR-Code mit einer Smartphone-App oder geben Sie auf der Website oben rechts den zm-Code #62318 in die Suchmaske ein.



Die Literaturliste kann im Bereich Download auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.