

گزارش یک مورد زائده استیلوئید بلند استخوان گیجگاهی با تظاهر گلودرد شدید

دکتر کرامت مظفری نیا^۱

خلاصه

بیمار مردی ۱۹ ساله، اهل و ساکن کرمان می باشد که با دیسفاژی و گلودرد شدید یک طرفه (طرف راست) مراجعه کرده است. مدت ۲ سال است که بیمار دچار ناراحتی فوق شده و از گلودرد دایمی همراه با درد شدید در ناحیه حفره لوزه سمت راست شکایت دارد. درد با غذا خوردن و حتی بلع بزاق، صحبت کردن، فعالیت و تنفس عمیق تشدید شده و به نواحی مجاور انتشار پیدا می کند. بیمار سابقه مراجعات متعدد و چند بار بستری شدن در بیمارستان و عمل جراحی لوزه سمت راست را ذکر می نماید. در معاینه گوش و حلق و بینی نکته پاتولوژیکی خاصی وجود نداشته و فقط درگرافی جانبی گردن، طویل بودن زائده استیلوئید راست دیده شد، لذا بیمار با تشخیص نورالژی ناشی از بلندی زائده استیلوئید (سندرم Eagle) بستری و تحت عمل جراحی و رزکسیون این زائده از طریق دهانی (Trans-Tonsillar-Fossa Approach) قرار گرفت و یک هفته بعد با حال عمومی خوب و برطرف شدن کلیه علائم و شکایات، بیمارستان را ترک نمود.

واژه های کلیدی: زائده استیلوئید بلند، سندرم ایگل، STYLAGIA

۱- اسنادبار گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

مقدمه

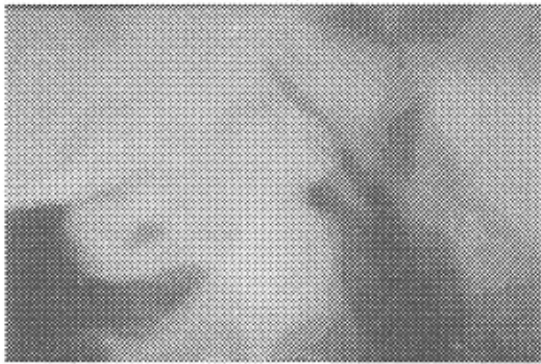
زائده استیلوئید قسمتی از استخوان گیجگاهی است که نسبت به زائده ماستوئیدی آن در وضعیت عمقی تر و جلوتری قرار دارد و در حالت طبیعی طول آن ۱/۵ تا ۲/۵ سانتیمتر (۴) و در مواردی تا ۵ سانتی متر گزارش شده است (۱۲). مسیر این زائده از قاعده جمجمه به طرف پایین، جلو و داخل می‌باشد، به طوری که نوک تیز این زائده در پشت لبه خلفی راموس فک تحتانی (۵)، بین کاروتید داخلی و خارجی و در خارج حفره لوزه‌ای قرار دارد (۴). وجود این زائده تقریباً در تمام موارد بدون علامت است و در موارد نادری که این زائده بلندتر از معمول است از طریق تحریک عروق و اعصاب مجاور باعث پیدایش علائم عروقی و عصبی می‌شود (۳، ۱۲). از نظر شیوع آناتومیکی، زائده استیلوئید بلند در ۲ تا ۳۰٪ افراد بالغ دیده می‌شود (۱۳) ولی بلندی علامت‌دار این زائده نادر است و تاکنون آمار دقیقی از آن گزارش نشده است و در مراجعه به Medline از سال ۱۹۹۰ تا سال ۱۹۹۷ دو مورد آن از بخش جراحی دهان و دندان دانشکده پزشکی Saitama توکیو ژاپن (۱۱) و سه مورد نیز از بخش گوش و حلق و بینی دانشکده پزشکی Kaohsiung چین گزارش شده است (۴) و مورد اخیر اولین موردی است که در ۱۰ سال گذشته در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان شماره ۲ دانشکده پزشکی کرمان (بیمارستان شفا) تحت عمل جراحی قرار گرفته و گزارش می‌گردد.

معرفی بیمار

بیمار یک مرد جوان، اهل و ساکن کرمان می‌باشد که به علت دیسفاژی و گلودرد شدید به پزشک مراجعه کرده است. بیماری تقریباً از دو سال قبل شروع شده و گلودرد بیمار دایمی بوده و با بلع بزاق، غذا خوردن، صحبت کردن، فعالیت و تنفس عمیق تشدید می‌شد. مرکز درد در ناحیه لوزه سمت راست قرار گرفته و به نواحی مجاور گیجگاهی - آهیانه‌ای و اطراف گوش راست و حلقه راست انتشار می‌یافت. بیمار از دردهای پراکنده در ناحیه شانه و دست راست نیز شکایت داشت. وی مراجعات متعدد درمانی و سابقه ۳ بار بستری در بیمارستان و نیز عمل لوزه سمت راست داشت که بعد از عمل لوزه دردهای او بیشتر شده بود. در معاینه گوش و حلق و بینی نکته پاتولوژیکی خاصی که بیانگر مشکلات فوق باشد وجود نداشت، فقط لمس انگشتی بستر لوزه سمت راست بیمار دردناک و ناراحت کننده بود.

در گرافی جانبی گردن طویل بودن زائده استیلوئید (نیزه‌ای) سمت راست وجود داشت (شکل ۱). با توجه به موارد فوق،

شکل ۱: بلندی زائده استیلوئید در نمای جانبی گردن



بیمار با تشخیص نورالژی ناشی از بلندی زائده نیزه‌ای در بیمارستان شماره ۲ دانشگاه علوم پزشکی کرمان (بیمارستان شفا) بستری شد و از طریق برش داخل دهانی در ناحیه لوزه سمت راست و باز کردن این حفره و عضله منقبض کننده فوقانی و دستیابی به فضای پارافارنژه با حفاظت اکید از عروق و اعصاب مجاور مثل کاروتید داخلی و خارجی، ورید ژوگولر داخلی و عصب‌های واگ و صورتی، (۷) زائده استیلوئید آشکار و حدود ۲/۵ سانتی متر دیستال آن قطع و خارج گردید. یک هفته بعد با ترمیم محل برش، بیمار با حال عمومی بسیار خوب در حالی که تمام مشکلات قبلی او برطرف شده بود بیمارستان را ترک نمود و در مراجعات بعدی نیز شکایتی نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

زائده استیلوئید یا نیزه‌ای شکل، قسمتی از استخوان گیجگاهی است که به قاعده جمجمه متصل می‌باشد و در وضعیت عمقی و مدیال نسبت به زائده ماستوئید این استخوان قرار دارد (۵) و در نمای جانبی کمی جلوتر دیده می‌شود.

مشتاء جنینی این زائده از قوس دوم جنینی غضروف Richert's است. این قوس غیر از زائده نیزه‌ای، لیگامان استیلوئید و نیمه فوقانی استخوان هیوئید را نیز می‌سازد (۴). مسیر این زائده به طرف پایین و داخل و جلو است به طوری که انتهای دیستال آن در پشت لبه خلفی راموس فک تحتانی و خارج حفره لوزه‌ای بین کاروتید داخلی و خارجی قرار می‌گیرد و از نوک این زائده لیگامان استیلوئید شروع شده، به طرف پایین و جلو امتداد یافته و به شاخ کوچک استخوان هیوئید متصل می‌گردد (۵). رشته‌های تاندونی که این زائده را به استخوان هیوئید متصل می‌کنند مستقیماً به خود استخوان یا پریوست آن متصل بوده (۴) و ممکن است باعث تاندونیت دردناک شوند. زائده استیلوئید تقریباً در تمام افراد بدون علامت است و در موارد نادری که این

سردرد ناشی از این سندرم را مورد توجه قرار داده و توصیه می‌کنند که حتماً جایی برای آن در نظر گرفته شود (۹). تشخیص با گرافی جانبی گردن و قدامی خلفی جمجمه و نیز لمس انگشتی حفره لوزه‌ای صورت می‌گیرد (۴، ۱۲). لمس موضعی با انگشت بسیار دردناک است ولی با تزریق ماده بی‌حسی درد بر طرف می‌شود و معاینه آسان می‌گردد. از نظر درمانی، اثرات درمان طبی و درمان‌های نگه‌دارنده در کسانی که بلندی علامت‌دار زائده استیلوئید دارند ناشناخته است (۱۳) و تنها درمان مؤثر درمان جراحی است (۴). بنابراین درمان انتخابی، جراحی و استیلوئیدکتومی است که ترجیحاً از طریق روش دهانی (Trans Tonsillar-Fossa Approach) توصیه می‌شود (۲، ۴، ۱۰). به علاوه از طریق روش‌های خارج دهانی و گردنی نیز می‌توان اقدام به رزکسیون و یا کوتاه کردن زائده استیلوئید نمود (۸). بنابراین با توجه به موارد فوق در مواقعی که بیماری از ادینو فازی، دیسفاژی و گلو درد‌های آتیبیک دایمی و یک طرفه شکایت می‌کند و کانون درد در حفره لوزه‌ای است و لمس و تحریک این ناحیه دردناک بوده یا باعث پیدایش درد در نواحی مجاور می‌شود، باید به فکر سندرم ایگل یا بلندی زائده استیلوئید استخوان گیجگاهی بوده و با استفاده از لمس انگشتی (۱) و گرافی‌های گردنی و جمجمه‌ای لازم در نماهای مخصوص بیمار را از این نظر ارزیابی نمود.

زائده طولیل باشد از طریق تحریک حفره لوزه‌ای باعث دیسفاژی و گلو درد یک طرفه (۱، ۹) و از طریق تحریک عروق و اعصاب مجاور باعث دیسفاژی، ادینوفازی، گلودرد، درد ناحیه آهیانه‌ای سر و اطراف حلقه چشم (۸) و همچنین باعث گوش دردهای عمقی و راجعه می‌شود (۲، ۴). از خصوصیات درد آن، این است که شبیه درد ناشی از فرو کردن جسم نوک تیز در محل می‌باشد و تنفس عمیق، حرف زدن، حرکت زبان (۱) و چرخش سر برای بیمار دردناک می‌شود (۶) و چون نوک زائده در وسط حفره لوزه‌ای است بعد از عمل لوزه درد شدید می‌شود. فشار انتهای دیستال زائده نیزه‌ای روی کاروتید و اعصاب مجاور و تحریکات مخاطی نیز باعث نورالژی زوج‌های عصبی پنجم، هفتم، نهم، یازدهم، دوازدهم و نیز اعصاب سمپاتیک گردنی می‌گردد (۳، ۱۲).

موارد فوق مجموعاً باعث گلودرد دایمی یا راجعه به صورت یک طرفه و حمله‌ای، دیسفاژی، افزایش جریان بزاق و احساس وجود جسم خارجی در گلو و نیز دردهای پراکنده نواحی مجاور می‌گردد. فشار روی کاروتید ممکن است باعث سنتی موضعی (کاروتیدینیا)، سردرد، گوش درد و وزوز گوش شود (۱۲). به غیر از سردرد، دردهای نیمه صورت و دردهای موضعی یا انتشاری به گوش، فک و دندان‌ها نیز ممکن است از سایر علایم بیماری باشند (۷) به طوری که اخیراً در تقسیم‌بندی‌های بین‌المللی،

Summary

Elongated Styloid Process (Eagle's Syndrome): A Case Report

K. Mozafarinia, MD¹

1. Assistant Professor of E.N.T, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

The Patient is a 19 year old man from Kerman. His chief complain is dysphagia and a stabbing unilateral sore throat for the past two years. His other symptoms are painful sensation in the right tonsillar fossa, painful deglutition, and sensation of pain which increases and radiates during speaking, physical exertion and deep breathing. Patient admitted that he has had several periods of hospitalization, and a tonsillectomy operation. Physical examination of ENT reveals no pathological findings, however in lateral radiography of the neck, an elongated styloid process was observed. Therefore the patient underwent resection surgery (trans-tonsillar-fossa approach) with the diagnosis of elongated styloid process. A week later all of the symptoms were resolved and the patient was released from the hospital.

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1998; 5(2): 99-102

Key Words: *Elongated styloid process, Eagle's syndrome, Stylogia*

References

1. Ballantyne JC, Groves J, Edwards CH and Downton D: A synopsis of otolaryngology. 3rd ed. Bristol, John Wrigh & Sons, 1982; pp535-542.
2. Ballenger JJ. Diseases of the oropharynx. In: Ballenger JJ (Ed). Diseases of the nose, throat, ear, head and neck. 14th ed., Philadelphia, Lea & Febigr., 1991; pp243-258.
3. Becker W, Naumann HH and Pfaltz ER: Ear, nose and throat diseases. 3rd ed. New York, Thieme, 1989; pp262.
4. Chien CC, Kuo WR and Juan KH. Elongated styloid process syndrome. *KAO Hsiung-I-H sueh KO Hsueh Tsa CHIN* 1991; 7(12): 663-666.
5. Gray H: Gray's anatomy. 36th ed. London, Churchill Livingstone, 1980; pp302-303.
6. Haas P, Beyer WF and Hirschfelder H. The styloid syndrome. Differential diagnosis of degenerative diseases of the cervical vertebrae: Case report with literature review. *Z Orthop* 1991; 129(6): 521-524.
7. Kaplan MJ and Jhons ME. Malignant neoplasms. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harrer LA, Krause CJ and Schuller DE (Eds). Otolaryngology, head and neck surgery. 2nd ed., Boston, Mosby., 1993; pp1043-1078.
8. Kehrl W and Hartwein J. Elongated styloid process as a cause of dysphagia. *HNO* 1990; 38(4): 129-133.
9. Montalbetti L, Ferrandi D, Pergami P and Savoldi F. Elongated styloid process and Eagle's syndrome. *Cephalagia* 1995; 15(2): 80-93.
10. Murthy PS, Hazarika P, Mathai M, Kumar A and Kamath MP. Elongated styloid process: An overview. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1990; 19(4): 230-231.
11. Ozawa T, Hasegawa M, Okaue M, et al. Two cases of symptomatic elongated styloid process. *J Nihon Univ Sch Dent* 1995; 37(3): 178-182.
12. Tonsils P. Non neoplastic diseases. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL and Meyerhoff WL(Eds). Otolaryngology, head and neck. 3rd ed., Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1991; pp2134-2147.
13. Zaki HS, Greco CM, Rudy TE and Kubinski JA. Elongated Styloid process in a temporomandibular disorder sample: Prevalence and treatment outcome. *J Prosthet Dent* 1996; 75(4): 399-405.