

# Das Styloidsyndrom

Wenn der Processus styloideus zum Problem wird

**Ein verlängerter Styloidfortsatz oder eine Verkalkung des Lig. stylohyoideum können als Styloidsyndrom (Eagle's Syndrome) Schmerzen im Halsbereich, Globusgefühl und Schluckstörungen verursachen. Im Folgenden werden (Differenzial-)Diagnose und Therapie skizziert.**

---

**ERNST MORITSCH**

---

Ein überlanger Styloidfortsatz (30–48 mm, normal 20–25 mm) oder eine Ossifikation des Lig. stylohyoideum können lokal zu schmerzhaften Erscheinungen führen: tief sitzende Schmerzen im Bereich der Tonsillenloge mit Ausstrahlung zum Gesicht respektive Ohr, ferner Dysphagie und Globusgefühl. Zumeist findet sich dieses Syndrom nach länger zurückliegender Tonsillektomie und ausserdem einseitig. Die Häufigkeit eines verlängerten Styloidfortsatzes wird in der Literatur unterschiedlich mit 7,3 bis 30,7 Prozent angegeben, wobei Beschwerden ebenfalls unterschiedlich zwischen 7,8 und 50 Prozent gefunden wurden. Fast immer geht den Beschwerden eine frühere Mandeloperation voraus (zwischen 3 und 53 Jahren), deren Vernarbung zu den Symptomen führen soll.

Allerdings kann das Syndrom auch ohne vorherige Tonsillektomie auftreten, wobei das Styloid beziehungsweise das ossifizierte Lig. stylohyoideum durch Kompression der A. carotis interna und des örtlichen sympathischen Nervengeflechts vor allem bei Kopfdrehungen zervikale Schmerzen auslösen, die in die Parietal- und Infraorbitalregion ausstrahlen.

Diagnostisch lässt sich das verlängerte Gebilde mittels konventioneller Röntgenaufnahme darstellen, selten ist eine CT erforderlich. Der verlängerte Griffelfortsatz ist in der Tonsillennische enoral palpabel mit entsprechender Schmerzauslösung; ein normaler Proc. styloideus ist hingegen nicht tastbar.

Die Ätiologie ist nicht völlig geklärt; möglicherweise spielen genetische Faktoren eine Rolle, da dieser Befund schon bei Kindern erhoben werden konnte. Ferner wird ein Zusammen-

## Merksätze

- Der verlängerte Processus styloideus ist palpabel und kann röntgenologisch sichtbar gemacht werden.
- Die Ätiologie ist nicht völlig geklärt. Möglicherweise spielen auch genetische Faktoren eine Rolle. Betroffen sind überwiegend Frauen.
- Therapie: Wenn Analgetika und Lokalanästhetika versagen, kommen die transorale Frakturierung oder die chirurgische Resektion in Betracht. Letztere ist allerdings mit einigen Risiken verbunden.

hang mit dem rheumatischen Formenkreis angenommen. Schliesslich findet sich gelegentlich nicht nur eine Verlängerung, sondern auch eine deutliche Verkrümmung, was zwar konstitutionell, aber auch traumatisch (Schädeltrauma) begründet sein könnte.

Differenzialdiagnostisch ist das Krankheitsbild von einer Neuralgie des N. glossopharyngeus, N. trigeminus und des N. laryngeus superior abzugrenzen. Auch an eine Karotidynie, ein Ösophagusdivertikel sowie an ein postkrikoidales Malignom sollte man denken.

Die Autoren überblicken elf Fälle im Alter zwischen 29 und 81 Jahren, davon drei männliche und acht weibliche. Im Schrifttum wird ein Altersgipfel zwischen dem 60. und 75. Lebensjahr angegeben mit einem Überwiegen bei Frauen.

## Therapie

Zunächst sollte mit nichtstereoidalen Analgetika, Antidepressiva (z.B. Carbamazepin) oder wiederholten transoralen Infiltrationen mit 2 Prozent Xylocain® und Triamcinolonacetonid an die Styloidspitze begonnen werden. Reicht dies nicht aus, empfiehlt sich, in Lokalanästhesie eine digitale Styloidfrakturierung von der Tonsillennische aus vorzunehmen. Allerdings kann es von der unmittelbar benachbarten A. carotis interna durch Ablösen von Plaques Probleme geben. Sinnvoll ist daher eine vorherige dopplersonografische Untersuchung der Halsgefässe.

Dennoch kann es zur Wiederkehr der Beschwerden kommen, sodass eine neuerliche Frakturierung erforderlich wird; offensichtlich war der abgebrochene Teil wieder festgewachsen.

Von vielen Autoren wird deshalb die primäre Styloidresektion als Methode der Wahl angesehen. Hierzu kann der Zugang von aussen gewählt werden, der eine gute anatomische Übersicht unter sterilen Verhältnissen gewährt. Zweifellos stellt dies einen grösseren Eingriff mit längerem Krankenhausaufenthalt, aber auch mit Gefahr einer Läsion der A. carotis interna und externa sowie des N. hypoglossus und speziell des N. facialis, dar.

Der transorale Weg ist einfacher und von kürzerer Dauer unter Vermeidung einer äusseren Narbe. Jedoch ist die anatomische Übersichtlichkeit eingeschränkt mit Verletzungsgefahr für die A. carotis interna, den N. glossopharyngeus und den N. facialis; die Sterilität ist entsprechend reduziert.

Die genannten Eingriffe sind nicht gefahrlos. Bei den berichteten Fällen kam es nach transoralem Vorgehen zu einem Hirninfarkt im Bereich der gleichseitigen A. cerebri media. In einem zweiten Fall bestanden stärkere Vernarbungen nach vorangegangener Tonsillektomie; bei der transoralen Darstellung kam es zu einer Arrosionsblutung der A. carotis interna, die einen Ballonverschluss erforderte. Die Folge war ein Hirninfarkt im Versorgungsgebiet der A. cerebri media.

Die Autoren halten daher trotz des grösseren Eingriffs den Zugang von aussen für ratsamer, auch wenn hier manche Gefahren lauern. Eine genaue Aufklärung des Patienten ist präoperativ unbedingt nötig.

---

### Kommentar des Referenten

Während beim Zervikalsyndrom unterschiedliche Reizzustände auftreten können, manifestiert sich das Styloid-syndrom eher zirkumskript und erleichtert so den diagnostischen und therapeutischen Zugang. Die relativ hohe Anzahl postoperativer Verwicklungen lässt lokale Massnahmen, insbesondere Infiltrationen, eher empfehlenswert erscheinen, auch wenn sie wiederholt vorgenommen werden müssen. Ein zerebraler Ausfall ist vielfach kaum mehr reparabel. ■

#### Literatur:

W. Weidenbacher et al.: Das Styloidsyndrom und seine Behandlung. *Laryngo-Rhino-Otol.* 2006; 85: 184-190.

*E. Moritsch*

Interessenkonflikte: keine