

DURERI DE CAP OBSERVATE ÎN CAZUL DEZVOLTĂRII PARȚIALE A SINUSURILOR FRONTALE

Dr. Mulfay L., Dr. Vendég V.

Cefaleele regiunii frontale în marea lor majoritate sînt întreținute de nevralgiile trigemenului și numai într-o măsură mai mică de procesele inflamatorii ale sinusurilor frontale. Din cauza așezării superficiale, prima ramură a nervului trigemen poate fi lezată de cei mai diverși factori externi cum ar fi dușul rece, curentul de aer din vehiculele deschise care circulă cu viteză mare, etc. Inflamațiile purulente ale sinusurilor frontale sînt mult mai rare în comparație cu acelea ale sinusurilor maxilare.

Experiența noastră de cîțiva ani ne-a atras atenția asupra faptului că radiografiile executate asupra sinusurilor perinazale ale bolnavilor suferinzi de cefalee frontală și trimiși la consultațiile noastre, au prezentat sinusuri frontale parțial dezvoltate sau lipsă totală a unuia sau a ambelor sinusuri. Aceste cazuri s-au repetat atît de des, încît a devenit necesară studierea amănunțită a acestor probleme. În cursul observațiilor noastre am constatat că acei bolnavi, cărora le lipsește unul sau ambele sinusuri frontale, suferă de cefalee rebelă persistentă timp de ani de zile. Am constatat de asemenea, că cefaleea nu se prezintă numai în legătură cu lipsa totală a unuia sau a ambelor sinusuri frontale, ci și în legătură cu sinusurile frontale parțial dezvoltate.

Am considerat ca necesară prezentarea observațiilor din cauza că în literatura, care ne-a stat la dispoziție nu am găsit date referitoare la asemenea constatări.

Sinusurile frontale se dezvoltă din recesul frontal al meatului nazal medial, din celulele etmoidale anterioare și uneori din partea inferioară a infundibulului etmoidal.

Dintre sinusurile perinazale cele frontale se dezvoltă mai târziu. La făt nu s-au putut constata în niciun caz sinusuri frontale. În general, se crede că dezvoltarea lor începe de la sfîrșitul primului an. La etatea de 6—7 ani au mărimea unui bob de mazăre. Ating mărimea lor definitivă abia la vîrsta de 20—25 ani.

Forma și mărimea sinusurilor frontale variază mult de la un individ la altul. În ceea ce privește forma și mărimea sinusurilor frontale nu s-a stabilit nici pînă astăzi, care sinus trebuie considerat ca normal. Datele referitoare la dimensiunile și capacitatea sinusurilor frontale se schimbă de la autor la autor.

Păreră unanim admisă azi este că pneumatizarea sinusurilor are loc prin resorbția părților osoase, lipsite de valoare din punct de vedere static.

Pe baza celor de mai sus trebuie considerat ca normal acel sinus în cazul căruia procesul de pneumatizare s-a efectuat în mod complet. Aceste sinusuri frontale normale sînt caracterizate pe lîngă mărimea lor descrisă mai jos, printr-o limită superioară, de aspectul unor circumvoluțiuni digitale. Prezența acestor impresiuni dovedește că procesul de pneumatizare a epuizat substanța osoasă indiferentă din punct de vedere static, iar tractorile osoase importante din punct de vedere static au stăvilit procesul de resorbție osoasă.

Creдем că divergențele dintre datele referitoare la mărimea sinusurilor frontale normale se datoresc faptului, că autorii considera ca normală mărimea medie a preparatelor examinate personal.

Valoarea rezultatelor astfel obținute este scăzută nu numai de faptul că numărul preparatelor examinate de un autor este în general mic ci mai ales de neluarea în seamă a constatării de mai sus și anume, că acele sinusuri frontale trebuiesc considerate ca normale, în cazul căruia procesul de pneumatizare a atins mărimea cea mai mare posibilă.

Mărimea normală a sinusurilor frontale poate fi stabilită numai în mod relativ ținînd seamă de diferențele de mărime dintre diferitele crani. Astfel, sinusurile frontale

normale ating în direcție laterală, cel puțin linia perpendiculară care taie orbita în două, iar înălțimea acestora corespunde lății lor.

Apariția sinusurilor frontale la om este o calitate recentă din punct de vedere filogenetic. La mamifere nu există sinus frontal propriu zis, chiar și sinusul frontal al gorilei este dezvoltat în mod rudimentar. Apare și la om cel mai târziu dintre toate sinusurile perinazale.

Proprietățile recente din punct de vedere filogenetic sînt ușor lezabile și aceste leziuni durează mult. În cazul sinusurilor frontale situația este similară, justificată fiind de faptul că orice afecțiune cauzează cu ușurință lipsa lor de dezvoltare. Lipsa completă sau parțială a sinusurilor frontale poate fi observată după diferiți autori într-un procentaj de 4,9 pînă la 16%. La clinica noastră prezența lipsei totale a sinusului frontal este aproximativ de un caz la 1000 de bolnavi ambulanți. (Fig. 1.). Frecvența cazurilor cu sinusuri frontale incomplet dezvoltate este mult mai mare și anume de 1 la 100 de bolnavi. (Fig. 2.) Incidența lor este probabil mai frecventă din cauză că nu am executat radiografiile în cazul fiecărui bolnav consultat.

Dezvoltarea parțială sau lipsa sinusurilor frontale trebuie considerată ca urmarea unei leziuni a mucoasei, din cauză că la dezvoltarea unui sinus normal este necesară o mucoasă intactă (periost).

Ca factori nocivi pot fi socotiți pe lângă sifilisul congenital și procesul tuberculos și diferitele boli virotice (gripa, rujeola, etc.), atît în perioada intrauterină cît și în copilărie. În urma lezării mucoasei, procesul de pneumatizare se oprește, sinusul frontal nu mai crește în volum ori nici nu se dezvoltă. Conform acestor constatări, pe baza măririi sinusului frontal rămas nedezvoltat, putem aprecia într-o oarecare măsură data și gravitatea leziunii mucoasei. Pentru aceste constatări pledează cazurile noastre în care mucoasa sinusurilor maxilare și frontale a fost lezată simultan, judecînd după mărimea sinusurilor și s-au oprit în creștere aproximativ în același timp (B. V. d. 23 ani și Gy. F. de 48 ani).

În cursul ultimilor trei ani am observat 53 de bolnavi cu sinusurile frontale nedezvoltate. Majoritatea acestora (68%) erau femei. Dintre toți acești bolnavi, numai la doi a lipsit cefaleea. Toți ceilalți 51 de bolnavi au prezentat timp îndelungat cefalee.

Pentru clarificarea etiopatogeniei am studiat în mod amănunțit anamneza fiecărui bolnav ca să descoperim în antecedentele familiale factorii de mediu, diferiți: intoxicații, îmbolnăviri acute și cronice, febrile și epidemice. Înafara examenului oto-rino-laringologic am supus bolnavii și unui examen medical complet, neurologic și oftalmologic. Constatarile noastre nu se bazează pe acele 13 cazuri la care în cursul examenelor de specialitate s-a constatat că suferă de unele afecțiuni care pot cauza ele singure dureri de cap (hipertonie, constipație cronică etc. (Tabelul I).

Tabelul II reprezintă după sex și etate pe cei 38 de bolnavi examinați și găsiți sănătoși din alte puncte de vedere.

Tabelul III. reprezintă așezarea și gradul de nedezvoltare al sinusurilor frontale observate.

Recapitulînd cele observate în legătura cu cei 38 de bolnavi, constatăm următoarele:

1. La sinusurile frontale parțial sau complet nedezvoltate, se asociază o durere de cap, care persistă ani de zile. În afară de sinusurile frontale nedezvoltate, rezultatele examenelor medicale, neurologice și oftalmologice precum și al examenului oto-rino-laringologic nu au putut motiva durerile de cap.

2. Durerile de cap observate în legătura cu sinusurile frontale nedezvoltate sînt caracterizate printr-o persistență de ani, cu remisiuni mai mult scurte decît lungi, cu caracter înepător iar mai târziu surd, care durează ore și zile fără întrerupere, cu localizare la rădăcina nasului, în regiunea frontală, cu irradiație în una sau în ambele regiuni parietale, occipitale și în creștetul capului. Aceste cefalee nu sînt însoțite — în general — de fenomene reflexe ca rigiditatea musculară etc.

3. În scopul de a elabora un procedeu terapeutic am experimentat o serie întregă de medicamente. Scopul nostru a fost ca să suprimăm durerile de cap prin medicamente aplicabile local, spre deosebire de medicația generală. După multe încercări



Fig 1. Lipsa totală a sinusurilor frontale.



Fig 2. Sinusuri frontale cu o hipoplazie evidentă.

am constatat că cel mai eficace este insuflarea în cavitatea nazală a unei pulberi de acid boric, conținând 10% anestezina. În majoritatea cazurilor, acest praf a ameliorat sau a sistat durabil cefaleea, la scurt timp după administrare. Am prescris acest medicament și pentru uz la domiciliu, cu recomandarea ca bolnavul în caz de cefalee să-l aspire prin nas.

Concluzii:

1. Trebuie să fie considerate ca normale sinusurile frontale largi, bine pneumatizate. În ceea ce privește forma lor ele pot fi caracterizate printr-o linie marginală superioară compusă din impresiuni arcuite, fine.

2. Nedezvoltarea sinusurilor frontale este rezultatul unei leziuni a mucoperiostului. Fața de aceste leziuni dintre toate sinusurile perinazale mucoperiostul sinusului frontal este cel mai sensibil. Leziunile pot fi cauzate de lues congenital, tuberculoză și infecții virotice care pot ataca mucoperiostul în viața intrauterină, sau în copilărie.

3. Concomitent cu sinusurile frontale nedezvoltate am observat prezența unei cefalee rebele, persistente ani de zile.

4. Pentru atenuarea sau sistarea durerilor de cap asociate sinusurilor frontale nedezvoltate am recomandat insuflarea, respectiv aspirarea în cavitatea nazală a unui praf fin de acid boric cu 10% anestezină.

Tabelul Nr. I.

| Nr. crt. | Etate | Gen. | Diagnostic |
|----------|-------|------|--|
| 1. | 7 ani | b. | În anamneză afecțiune gravă cu temperatură ridicată. |
| 2. | 72 .. | f. | Cardioscleroză, colită. |
| 3. | 31 .. | f. | Boală hipertonică. RR. 230/130. |
| 4. | 55 .. | f. | Boală hipertonică. RR 170/90 |
| 5. | 68 .. | b. | Arterioscleroză. |
| 6. | 34 .. | b. | Deviația septului nazal. Sinusită. |
| 7. | 43 .. | f. | Colită. |
| 8. | 35 .. | b. | Deviația septului nazal. |
| 9. | 45 .. | b. | Lues congenital. |
| 10. | 34 .. | b. | Nevralgie trigeminală. |
| 11. | 36 .. | f. | Anaciditate. |
| 12. | 24 .. | f. | Anaciditate. |
| 13. | 42 .. | b. | Oxiuriază. |

Tabelul Nr. II.

Bolnavii observați, după etate și gen.

| Etate | G e n | |
|-------|-------|----|
| | f. | b. |
| 10—20 | 2 | 1 |
| 20—30 | 14 | 5 |
| 30—40 | 6 | 3 |
| 40—50 | 5 | |
| 50—60 | 1 | |
| 60—70 | 1 | |
| Total | 29 | 9 |

Tabelul Nr. III.

| Gradul și localizarea nedezvoltării | G e n. | | |
|-------------------------------------|----------|-----------|-----------|
| | b. | f. | Total |
| Lipsă completă bilaterală | 2 | 9 | 11 |
| Lipsă completă la stînga | 1 | 4 | 5 |
| Lipsă completă la dreapta | 3 | 7 | 10 |
| Nedezvoltat în mod foarte accentuat | 3 | 4 | 7 |
| Nedezvoltat în mod accentuat | | 5 | 5 |
| Total | 9 | 29 | 38 |