

CLUSTER TÍPUSÚ FEJFÁJÁS: 1996

Vécsei László

SZOTE, Neurológia

A cluster típusú fejfájás döntően a férfiak betegsége. Paraxismusokban zajlik és a 10 percnél rövidebb vagy a 3 óránál hosszabb roham ritka. A fájdalom általában a szem körüli területre lokalizálódik, éles, hasító jellegű. Újabb in vivo humán vizsgálatok igazolták a trigeminovascularis rendszer aktiválódását a cluster roham során¹. A fejfájásperiódus alatt a jugularis externából származó plazmában mért kalcitonin génnel kapcsolatos peptid (CGRP) és vasointestinalis peptid (VIP) koncentrációja emelkedett, míg a neuropeptid Y (NPY) és a P anyag (SP) szintje nem változott. Mind az oxigén adása, mind pedig a sumatriptan kezelés kedvezően befolyásolta a roham klinikai lefolyását és megszüntette a trigeminovascularis rendszer aktiválódását. Ezen adatok azt igazolják, hogy ~~noha~~ a migrén és a cluster fejfájás klinikai képe különbözik, pathomechanizmusuk sok vonatkozásban hasonló^{2,3}.

Jelen kerekasztal során megbeszélésre kerül: a cluster fejfájás pathomechanizmusa, klinikai tünetei és terápiája; a SOTE Neurológiai Klinika Fejfájás Ambulancia beteganyagán a sumatriptan kezeléssel szerzett tapasztalatok; a sumatriptan hatásmechanizmusának morfológiai modellje; végül egy eset ismertetés (tüdőcarcinoma agyi metasztázis clusterszerű fejfájás tünettannel).

Irodalom

1. Goadsby PJ, Edvinsson L. Human in vivo evidence for trigeminovascularis activation in cluster headache. Neuropeptide changes and effects of acute attacks therapies. Brain 1994;117:427-434.
2. Tajti J, Szok D, Vécsei L. A cluster fejfájás trigeminovascularis elmélete (Közlés alatt).
3. Ekblom K. Treatment of cluster headache. Ideggy Szle/Clin Neurosci 1994;47:13-15.

A cluster fejfájás: pathomechanizmus, klinikai tünetek, terápia

Tajti János, Szok Délia, Vécsei László

SZOTE, Neurológia

A cluster típusú fejfájásra történő első utalást *Thomas Willis, De Anima Brutorum* című művében találjuk, mely a XVII. században került kiadásra. Ezt követően különböző korokban más-más névvel illették e kórképet. A mai elnevezését 1952-ben *Kunkle* vezette be. Prevalenciája 0,05-2,4% között van. A cluster fejfájás klinikai megjelenésében a leggyötrőbb fájdalmak egyike, mely féloldalt orbitálisan, periorbitálisan jelentkezik. A fájdalmat azonos oldali conjunctiva belövelltség könnyezés, szemhéj oedema, ptosis, miosis, orrfolyás, vagy orrlyuk eldugulás kíséri. Az azonos oldali arcfél gyakran kivörösödik és verejtékezik. A fájdalom kezelés nélkül 15-180 percig tart és naponta 1-8-szor jelentkezik. Az epizodikus cluster fejfájásra jellemzőek a hét naptól egy évig tartó periódusok, melyeket 14 napig, vagy tovább tartó fájdalommentes szakaszok különítenek el. A krónikus cluster fejfájás esetén a rohamok egy évnél tovább tartanak remissio nélkül, vagy a remissio időtartama kevesebb, mint 14

nap. Klinikai megjelenésére jellemző, hogy a betegség kezdődhet krónikus formával, de az epizódikus is átmehet krónikussá, illetve a krónikus is szelídülhet epizódikussá.

A klinikai tünetekből három, a kóreredettel összefüggő tényre következtethetünk: (1) A fejfájás rendszerint periorbitalisan jelentkezik. Ez felveti az ipsilateralis nociceptív trigeminalis pályák aktivitását. (2) A könnyezés és az orrfolyás a paraszimpatikus rendszer aktivitását tükrözi. (3) A ptosis és a miosis a szimpatikus rendszer gátlására utal. Feltehetően létezik egy agytörzsi reflex kapcsolat, mely a Gasser-dúc ingerületbe jövelekor aktiválódik.

A reflexív alkotói: - afferens: a sensoros n. trigeminus ramus ophthalmicusának centrális ága; - központ: a VII-es és IX-es agyideg paraszimpatikus magcsoportjai; - efferens: a VII-es és IX-es agyideg paraszimpatikus perifériás ágai.

Spontán cluster rohamban és nitroglycerin indukálta rohamban a véna jugularis externában a CGRP és a SP plazmaszintje megemelkedett. Oxigéninhaláció és sumatriptan subcutan terápiára a CGRP koncentrációja normalizálódott. Ezek az adatok rámutatnak a trigeminovascularis reflex funkciójára cluster fejfájásban.

Rohamterápia: 6-12 mg/nap sumatriptan sc., 7 l/min. 100%-os O₂-inhaláció 15 percen át, ergotamin tartarát 0,25-1 mg/nap s.c.

Roham megelőző terapia: 360-480 mg/nap verapamil, 50-1000 mg/nap lithium, 40-80 mg/nap prednisolon, 3-4 mg/nap ergotamin-tartarát.

Irodalom

1. *Goadsby PJ, Edvinsson L.* Human in vivo evidence for trigeminovascular activation in cluster headache. Neuropeptide changes and effects of acute attacks therapies. *Brain* 1994;117:424-434.
2. *Fanciullacci M, Alessandri M, Figini M, Geppe HP, Michelacci S.* Increase in plasma calcitonin gene-related peptide from the extracerebral circulation during nitroglycerin-induced cluster headache attack. *Pain* 1995;60:119-123.

Cluster típusú fejfájás a SOTE Neurológiai Klinika Fejfájás Ambulancia beteganyagán: tapasztalatok a sumatriptannal

Jelencsik Ilona

SOTE, Neurológia Klinika, Budapest

Az 1979 óta működő fejfájás ambulanciánkon eddig 191 cluster fejfájásban szenvedő beteget kórisméztünk és kezeltünk. A nemek megoszlása (férfi : nő=5 :1), az epizódikus és krónikus forma aránya (5:1) megegyezik az irodalomban találhatóval. A típusosan "keresztrefeszítő" erős fájdalom éles hasító, szigorúan féloldali, és ugyanazon oldali marad a cluster periódus egész tartama alatt. Betegeink mintegy felénél naponta egy roham jelentkezik, többségében 20-60 perc időtartammal. A betegek többségét egy-két rohamperiódus jellemzi évente, melynek időtartama 2-8 hét átlagosan.

A betegség oki kezelése nem megoldott. A rohamok sikeres kezelése sumatriptannal, a betegek életminőségének javításában már ma is jelentős előrelépést hozott. Húsz betegünk mintegy 350 rohama kapcsán azt észleltük, hogy a sc. sumatriptan injekció a fájdalmat a betegek 95%-ban 20 percen belül megszüntette. Tizenegy beteg (240) roham alatt észlelt mellékhatást, mely azonban egyiküket sem tartotta vissza az