

expression in trigeminal nucleus caudalis of rats. *Neuropharmacology* 1995;34: 255-261.

Tüdőcarcinoma agyi metasztázisa clusterszerű fejfájással

Tajti J., Szok D., Sas K., Vörös E., Vécsei L.

SZOTE, Neurológia és Radiológiai Klinika

A Nemzetközi Fejfájás Társaság 1988-ban a *Cephalalgia* című folyóirat supplementumában adta közre és határozta meg definíciószerűen az egyes fejfájásformákat. Ezek alapján a fejfájásokat két nagy csoportba osztjuk, úgymint önálló (primer) és tüneti (szimptomás) fejfájások. A szimptomás formához tartoznak - ahogy nevéből is ered - a különböző megbetegedésekhez társuló fejfájások, a primer vagy önálló fejfájásokhoz pedig a migrén és variánsai, a tenziós típusú fejfájás, a cluster fejfájás. Ezeket a formákat a fejfájás és a kísérő jelek jellemzik a negatív neurobiológiai lelet mellett. Így a cluster fejfájásra jellemző, hogy periorbitalisan jelentkező, conjunctivális irritációval, könnyezéssel, az azonos oldali orrlyukdugulással vagy orrfolyással, az arc kipirulásával járó igen éles, heves fájdalmak, melyek néhány napig tartanak és különböző hosszúságú fájdalommentes periódus után ismét visszatérnek. Főként a középkorú, erősen dohányzó férfiak betegsége.

Esetünkben 55 éves, erősen dohányzó taxisoőr jelentkezett az említett panaszokkal és tünetekkel. Első klinikai vizsgálatát már 5 héttel megelőzték kezdeti fájdalmai. A fizikális neurológiai vizsgálat mindössze a bal n. ophthalmicus régiójában talált hypaesthesiát, egyebekben neurológiai statusa negatív volt. Mivel korábban sohasem volt ilyen jellegű és hagyományos analgeticumokra nem szűnő fejfájása, ezért koponya CT vizsgálat történt, mely számos agyi metasztázist igazolt és ezt a koponya MRI vizsgálat is megerősítette. Az ekkor elvégzett primer tumorkutatás (mellkas RTG. és CT, csontszcintigráfia, pajzsmirigy UH és szcintigráfia, hasi és kismencedei UH, prostata UH, rectoscopia) negatív eredményt adott. Ezért a hisztológiai diagnózis céljából CT vezérelt agyi biopszia történt a bal parietalis lebenyből két mélységből. A hisztológiai eredmény felvetette a malignus epithelialis tumor, adenocarcinoma lehetőségét és így a pulmonális eredetet.

Ezt követően palliatív céllal teljes agykoponya besugárzás történt (30Gr), melyre átmenetileg fejfájása csökkent. Alig két hét múlva azonban súlyos neurológiai deficit-jelek alakultak ki mindkét oldali femoropoplitealis trombózis, bal pulmonalis multiplex embolizáció kíséretében. Az elkészült mellkas RTG a jobb tüdőfélben a felső lebenyben egy 1 cm átmérőjű lágyrészintenzitású kerek árnyékot igazolt.

Végül az első tünetek jelentkezését követően 5 hónappal betegünk exitált, pulmonalis embolizáció, cerebralis oedema és cerebellaris tonsillák herniatiója okozta tünetek között.

Úgy véljük, hogy esetünk több szempontból tanulságos:

Először jelentkező cluster fejfájás tüneteikor javasoljuk a neuroradiológiai vizsgálatok (koponya CT, koponya MRI) elvégzését. A cluster, clusterszerű fejfájás pathomechanizmusában az interleukin-1-nek (IL-1) és a tumornecrosis-faktornak (TNF) jelentősebb szerepet kell hogy tulajdonítsunk.

Esetünk tovább gazdagította az irodalomban eddig közölt clusterszerű fejfájás esetszámát.

Irodalom

1. *Mathew NT.* Symptomatic cluster. *Neurology* 1993;43:1270.
2. *Masson C, Lehericy S, Guillaume B, Masson M.* Cluster-like headache in a patient with a trigeminal neurinoma. *Headache* 1995;35:48-49.

TENZIÓS TÍPUSÚ FEJFÁJÁS: 1996

Vécsei László

SZOTE, Neurológia

Ismeretes, hogy a primer fejfájásbetegségek közül leggyakoribb a tenziós típusú fejfájás (TTF) előfordulása. Pathomechanizmusa nem pontosan tisztázott. A nyakizomfeszülés mellett a központi idegrendszeri neurotransmitter-rendszer számos zavarát (monoaminok és metabolitjaik, aminosavak, neuropeptidok stb.) igazolták e körképben. A pathomechanizmus pontosabb ismerete alapján felvetődik a különböző fejfájástípusok (migrén, cluster, TTF) kialakulásában a trigeminovascularis rendszer szerepe. A cervicogen fejfájás fogalmát közel másfél évtizede *Sjaastad* vezette be. Az IASP 1994-es értékelésében helyet kaptak a "*sjaastadi*" kritériumok is. Napi klinikai gyakorlatunkban a lumbálpunkciót követő fejfájás visszatérő probléma. Ezért különösen indokolt a kérdéskör tárgyalása, e fejfájástípus előfordulásának csökkentése. A kerekasztal során előadás hangzik el (1). a TTF pathomechanizmusáról és klinikumáról, (2). a cervicogen fejfájásról, (3). a TTF differenciáldiagnózisáról és pszichoterápiájáról, (4). valamint a lumbálpunkciót követő fejfájásról.

Irodalom

1. *Bozsik Gy, Csanda E, Jelencsik I, Kovács K.* Fejfájás. *Literatura Medica*, Budapest, 1994.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnosis criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalgia* 1988;8:1-96.
3. *Moskowitz MA.* The neurobiology of vascular head pain. *Ann Neurol* 1984;16:157-168.

A tenziós fejfájás pathomechanizmusa és klinikuma

Tajti János, Szok Délia, Vécsei László

SZOTE, Neurológia

A Nemzetközi Fejfájás Társaság (IHS) kritériumai alapján a tenziós típusú fejfájásnak két fő formáját különítjük el.