

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.

Az első az epizodikus tenziós típusú fejfájás: havonta 15-nél kevesebb, de legalább 10 roham, amely 30 perctől 7 napig tart. Típusosan nyomó, szorító jellegű, de nem lüktető, enyhe vagy közepes erősségű, kétoldali halántéktáji vagy homlok körüli, pántszerű fájdalom, mely a szokásos fizikai aktivitásra nem fokozódik, photo- és phonophobia nem kíséri.

A másik a krónikus tenziós típusú fejfájás: Havonta 15-nél több fejfájásroham van, mely egész nap tart és legalább 6 hónapon keresztül jelentkezik az epizodikus formával megegyező sajátságokkal.

A tenziós típusú fejfájás pathomechanizmusa pontosan nem ismert. Az utóbbi évek biokémiai eredményei azonban egyre inkább támogatják azon hipotézist, amely azt feltételezi, hogy az önálló fejfájásbetegségek között csak mennyiségi és nem minőségi különbség van, így azok egy fejfájásspektrumba tartoznak. Ezen szemléletmódba illeszkedik a cervico-trigeminovascularis modell is. A cervico-trigeminovascularis teória középpontjába a *Moskowitz-féle* trigeminovascularis elméletet helyezik a tenziós fejfájás vonatkozásában, és azt a következőképpen egészítjük ki. Megfelelő inger hatására a nucleus raphe dorsalisból szerotonin, a locus coeruleusból norepinephrin szabadul fel. Triggerelő impulzusként szerepelhet fizikai (temporomandibularis ízületi elégtelenség), kémiai (hormon, diéta, gyógyszer) és pszichés (stressz, hangulati élet) eredetű inger. A raphe magvakból felszabadult szerotonin egyrészt ingerlően hat az area postrema-ra, a hányás központjára és vomitust okoz. Másrészt a norepinephrinnel együtt a craniocervicalis vasculatúrában érátmérő-változást idéz elő. Ez a kaliberváltozás a perivascularis trigeminális érző idegvégződésekben ingerületet kelt, mely a Gasser-dúc idegsejtjeiben izgalmi állapotot hoz létre. A stimulált állapotú pseudounipolaris neuronok antidromosan neuropeptideket (CGRP, P anyag) bocsátanak a duralis vasculatúrába, ahol neurogén inflammációt (vasodilatáció, extravasáció) váltanak ki. Az ingerület pedig ortodromosan a centrális agytörzsi spinalis trigeminalis magcsoporthoz jut el. Innen egyrészt a thalamus közbeiktatásával kéregbe kerül és létrehozza a fájdalom megélését, másrészt pedig a cervicalis spinalis (CS) szinaptikus kapcsolata révén kiváltja a cervicalis izomzat feszülését. A craniocervicalis izomzat feszülése kezdetét jelentheti a tenziós típusú fejfájásnak. A megnövekedett izomrost-aktivitás, a felerősödött fájdalomérzékenység, az agytörzsi nociceptorok, a limbikus rendszer és a cortex együttesen határozzák meg a tenziós fájaldalmak jellegét.

Irodalom

1. *Lance JW.* Mechanism and Management of Headache. Butterworth, Oxford, London, Boston, 1993;13-22.
2. *Olesen J., Schoenen J.* Tension-Type Headache, Cluster Headache and Miscellaneous Headache. Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (eds.). The Headaches. New York, Raven Press, 1993;493-496.

A cervicogen fejfájás és anatómiai háttere

Becser Noémi

MH. Központi Honvéd Kórház, Neurológiai Osztály, Budapest