

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 idegvégződéseknél 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

A cervicogen fejfájás elnevezést 1983-ban *Sjaastad és munkacsoportja* vezette be. A fejfájás nyaki eredetének feltételezése azonban 1926-ra nyúlik vissza.

Az 1988-ban kiadott International Headache Society (IHS) klasszifikáció alapján a nyaki eredetű fejfájás nehezen különíthető el az aura nélküli migréntől és a tenziós típusú fejfájástól. Epidemiológiai felmérés a fejfájás tekintetében még nem történt. Az egyes külföldi fejfájáskutató csoportok szerint a cervicogen fejfájás előfordulási gyakorisága a migrén és tenziós fejfájáséhoz hasonló, de mindenképpen gyakoribb, mint a cluster típusú fejfájás. A klinikai tünetek hasonlósága miatt migrénes és tenziós fejfájós betegek egy-egy csoportja átsorolható volna a cervicogen fejfájósok közé az anamnézis és tünetek pontos elemzését követően. 1994-ben a krónikus fájdalomszindrómák osztályozásával, melyet a Nemzetközi Fájdalomkutatással Foglalkozó Egyesülés végzett, helyet kaptak a "*sjaastadi*" kritériumok, mely szerint a cervicogen fejfájás az alábbiak szerint diagnosztizálható:

Fő tünetek:

1. féloldali fejfájás oldalváltás nélkül;
2. tünetek, amelyek a nyaki eredetre utalnak;
3. a fájdalom mechanikusan precipitálható a hátsó-felső nyaki régió nyomásával vagy kényelmetlen fejtartással;
4. azonos oldali nyak-, váll-, karfájdalom (nem radicularis jelleggel);
5. a nyaki gerinc mozgásai korlátozottak.

A fájdalom jellege:

1. nem clusterekben megjelenő változó időtartamú fájdalmi epizódok (vagy fluktuáló, folyamatos fájdalom);
2. közepes intenzitású, általában nem lüktető jellegű fájdalom, mely a nyaki régióban kezdődik és a homlok felé sugárzik.

Egyéb fontos kritériumok:

- a fájdalommal azonos oldalon a n. occipitalis major és/vagy a C2 spinalis ideg anesztetikus blokádjával a fájdalom átmenetileg felfüggeszthető;
- a nők esetében gyakoribb;
- fej és/vagy nyaksérülés az anamnézisben.

Ritkán előforduló, nem feltétlenül megjelenő tünetek:

- különböző kísérő tünetek;
- vegetatív tünetek: hányás, azonos oldali periorcularis oedema;
- szédülés;
- fény- és hangérzékenység;
- azonos oldali homályos látás;
- nyelési nehezítettség.

A cervicogen fejfájás pathogenezeise még nem tisztázott. Anatómiai modelljét a *Kerr-féle elmélet* adja, mely szerint a cervicalis gerincvelő felső (C1-3) szakaszán elhelyezkedő nucleus nervi trigemini sejtjein konvergálnak a trigeminális és a C2-3 spinalis idegek szenzoros rostjai, s így lehetséges a fájdalom referálódása a felső cervicalis idegek által ellátott régióból elsősorban a trigeminus első ágának ellátási területére. Multifaktoriális etiológiai tényezőt feltételeznek, melyek hatására a cervicogen fejfájás mint a fájdalom végső közös útja, kapcsolódna be a centrális fájdalom mechanizmusába. Oki tényezőként ideggyöki kompresszió, C2/3 kisizületi betegség (subluxatio, egyéb), discogen ok egyaránt feltételezett volt egyes szerzők által.

Sjaastad és munkacsoportja más szerzőkhöz hasonlóan entrapment mechanizmust feltételezett a cranium hátsó-oldalsó felszínét ellátó C2-3 gerincvelői idegből eredő perifériás idegek mentén, a n. occipitalis major (GON) és *Lucas és munkatársai (Brazilia)* a n. occipitalis minor (MON) mentén. Előző szerzők 50, nem kellően hatásos GON neurolysis követően az ideg topográfia viszonyait 20 cadaveren, és a MON lefutási variabilitását 8 esetben tanulmányozta az utóbbi munkacsoport.

Ezen elképzelés szolgáltatót alapot saját kutatómunkámhoz, melyet Trondheimben (Norvégia) végezhettem 9 hónapig (1995-96 Soros-ösztöndíj támogatással). 10 cadaveren a fejlet ellátó perifériás szenzoros idegek egymáshoz való viszonyait tanulmányoztuk (a n. occipitalis minor, major, 3. occipitalis ideg, n. auricularis magnus, n. supraorbitalis és a n. supratrochlearis). Az irodalmi adatokkal összevetve, legfontosabb megfigyelésnek bizonyult a 14/20 occipitalis ideg (GON), occipitalis artéria köré font hálózata, mely ér-ideg komplexus nyomás alá kerülhetett a feszes, erős epicranialis aponeurosis által. A diagnosztikai értékű, anesztetikus blokádnak helyének pontosabb meghatározása lehetségessé vált és hatékonyabb blokk defektus volt elérhető a preparálásunk során végzett méréseink segítségével.

Úgy gondoljuk, eredményeink a fejfájás mechanizmusának pontosabb megismeréséhez szolgálnak adalékkul, azonban további bizonyítékok szükségesek diagnosztizált fejfájós betegek esetében.

Irodalom

1. *Sjaastad O, Bovim G.* Cervicogenic headache. The differentiation from common migraine. An overview. *Funct Neurol* 1991;6:93-100.
2. *Fredriksen TA, Hovdal H, Sjaastad O.* "Cervicogenic headache": Clinical manifestation. *Cephalalgia* 1987;7:147-60.
3. *Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V.* Cervicogenic headache: Diagnostic criteria. *Headache* 1990;30:725-6.
4. *Pfaffenrath V, Dandekar R, Pöllmann W.* Cervicogenic headache - the clinical picture, radiological findings and hypothesis on its pathophysiology. *Headache* 1987;27:495-9.
5. *Kerr FWL.* A mechanism to account for frontal headache in cases of posterior-fossa tumors. *J Neurosurg* 1961;18:605-9.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8:1-96.
7. *Bovim G, Fredriksen TA, Stolt-Nielsen A, Sjaastad O.* Neurolysis of the greater occipital nerve in cervicogenic headache. A follow up study. *Headache* 1992;32:175-9.
8. *Bovim G, Bonamico L, Fredriksen TA, Lindboe CF, Stolt-Nielsen A, Sjaastad O.* Topographic variations in the peripheral course of the greater occipital nerve. Autopsy study with clinical correlations. *Spine* 1991;16:475-8.
9. *Lucas GA, Laudanna A, Chopard RP, Raffaelli E.* Anatomy of the lesser occipital nerve in relation to cervicogenic headache. *Clin Anatomy* 1994;7:90-6.