

Gyermekkori fejfájások

Dr. Vécsei László
SZTE Neurológiai Klinika

Bevezető

A fejfájások két csoportba oszthatók: az elsődleges és a másodlagos formák. A primer fejfájások közé tartozik a tenziós, a migrénes és a cluster-típusú fejfájás. A gyermekkori krónikus fejfájások mintegy kétharmada a tenziós csoportba sorolható. Ennek klinikai jellemzői a tompa, szorító, nyomó mérsékelt erősségű fejfájás, amely sokszor egész nap fennáll változó intenzitással. A cluster fejfájás igen ritka, elsősorban férfiakban jelentkezik, s bármely életkorban kezdődhet. Leggyakoribb azonban a második és negyedik évtizedben, de leírtak idős, illetve egy éves korban kezdődő clusteres rohamokat is. E fájdalom paroxizmusokban zajlik, naponta egy-két alkalommal lép fel. Többnyire a szem körüli területre lokalizálódik, de kezdődhet temporálisan, az arc a fül táján is. Általában éles, hasító jellegű, elmúltával reziduális fájdalom maradhat vissza a következő rohamig.

A másodlagos fejfájások esetében a tünetek egyéb eseményhez, kórképhez társulnak (köhögés, erőlködés, hypertonia, arteritis, koponyaűri vénás thrombosis vagy infectio, agydaganat, hypoxia, hypercapnia, hypoglycemia, glaucoma). Jelen anyag elsősorban a gyermekkori migrén kérdéskörével foglalkozik.

A gyermekkori migrén tünettan

A Nemzetközi Fejfájás Társaság (IHS) 1988-ban tette közzé a fejfájásformák klaszifikációját. A megadott diagnosztikus kritériumok gyermekkorban való alkalmazhatóságát napjainkban számos szakember vitatja. Kisgyermekkorban migrénben gyakori a bifrontális érintettség, illetve a bizonytalan lokalizáció. Előtérben állhatnak az aura-, illetve kísérő jelenségek közül a paroxysmalis hasi panaszok, a visuális tünetek pedig hiányozhatnak. A pubertás kezdetétől a bevezető tünetek jellege közeledik a felnőttkorra jellemző panaszokhoz, így domináló lehet a visuális aura. Előfordulhat látászavar, hemianopsia vagy amaurosis fugax.is. Az aurafázisban féloldali zsibbadás, gyengeség léphet fel, amely súlyosabb gócjelekkel is társulhat. Basilaris migrénben vertigo, ataxia, dysarthria, tinnitus, diplopia és drop attack észlelhető. A rohamok többnyire gyakoribbak, de időtartamuk általában rövidebb (kivételesen haladja meg a 12 órát). A fejfájás jelentősen befolyásolja a gyermekek / serdülők életminőségét így az iskolai teljesítményt, a barátokkal tartott kapcsolatot (szocializáció) az otthoni aktivitást. Differenciáldiagnosztikai szempontból kizárandó a térfoglaló folyamat, infectio, valamint az aneurysma.

Trigger faktorok

A stressz és fáradtság szerepe -mint kiváltó faktor- még nagyobb, mint felnőtteknél. Leányoknál pubertástól a hormonális változások további provokáló tényezők lehetnek. Egyes esetekben feltárhatók táplálkozási faktorok így például csokoládé, hot-dog, fagyalt fogyasztása, s viszonylag gyakran jelentkezik migrén koponyatrauma után is.

Előfordulása

A migrén gyermekkori előfordulásának gyakoriságával kapcsolatban több felmérés is készült. Az egyik legutóbbi adat szerint az 5–15 éves gyermekek 10,6%-a, míg a 15–19 éves korcsoport 28%-a szenved időszakos migrénben. Érdekes megfigyelés az, hogy a felnőtt migrénes páciensek panaszainak kezdetét tanulmányozva 12–30% közöttinek találták a 10 éves kor előtti indulást bizonyító adatokat. Tény az, hogy e felmérések az anamnézisére épülnek, s így érthető, hogy a pontos kórisme felállítása nem mindig könnyű feladat. Kisgyermekkorban a migrén mindkét nemben azonos arányban fordul elő, sőt egyes adatok szerint fiúknál még gyakoribb is. Ez a megoszlás 10 éves kor után fokozatosan megváltozik a felnőttre jellemző női dominancia irányába. Fontos a családi halmozódás, a genetikai tényezők szerepe, amely a jelenlegi kutatások homlokterében áll.

Pathomechanismus

A vascularis elmélet szerint a roham kezdetekor a thrombocyták összecsapzódnak, belőlük szerotonin szabadul fel. Így nő a plasma szerotonin koncentrációja, mely érszűkítő hatású. Ez az érszűkület idézheti elő az aurajelenséget. A Lance-féle neurovascularis hipotézis az agykéreg-gerincvelő-mellékvese-vegetatív idegrendszer kapcsolatát valószínűsíti. A Moskowicz-féle trigemino-vascularis elmélet alapján a szerotonin koncentráció változása trigeminális ganglion-sejt izgalmat eredményez, következményes neuropeptid szekrécióval. Újabb PET adatok szerint az agytörzsben lokalizálódó „migrén-generátor” játszhat kulcsszerepet a tünetek létrejöttében.

Terápia

A terápiában nagy segítséget jelent a trigger faktorok tisztázása és lehetőségek szerinti megszüntetése (stressz, fáradtság, túlterheltség, leányoknál hormonális tényezők). A migrénes gyerekek általában jó tanulók, maximalisták, de egyúttal visszahúzódtató gátlásos természetűek. Ezért a pszichoterápia, relaxációs gyakorlatok, életmódi tanácsok messzemenőig az elsőként választandó terápiás stratégiák.

A gyermekkori migrén farmakoterápiájában olyan klinikai evidenciák, amelyek a felnőttkori migrén kezelésében publikálásra kerültek kevesebb számban találhatók. A roham gyógyszeres kezelésében eredményesen alkalmazható fájdalomcsillapítók (paracetamol, acetylsalicylsav), szükség szerint antiemetikumokkal kombinálva (metoclopramid, domperidon). A rohamterápia további lehetősége az ergotamin, dihidro-ergotamin és triptánok alkalmazása. A közelmúltban jelent meg egy tanulmány a nasalis sumatriptan kedvező hatásáról az 5–12 éves gyermekek migrénes rohamának kezelésében. A gyermekkori migrén megelőzésében a krónikus profilaktikus farmakoterápia alkalmazását többen vitatják. (Felnőttkorban a migrén intervallumterápiában alkalmazott farmakonok: szerotonin antagonisták, béta-receptor blokkolók, kalcium-csatorna-gátlók, nem szteroid gyulladásgátlók, antidepresszánsok, valproát, magnézium).

Irodalom

Bozsik Gy., Csanda E., Jelencsik I., Kovács K.: Fejfájás. Literatura Medica, Budapest, 1994.

Breslau, N., Rasmussen, K.: The impact of migraine. Epidemiology, risk factors, and co-morbidities. *Neurology* 56(Suppl 1):S4-S12, 2001.

Ducros, A., Denier, C., Joutlet, A. et al.: The clinical spectrum of familial hemiplegic migraine associated with mutations in a neuronal calcium channel. *N. Eng. J. Med.* 345:17-24, 2001.

Hershey, A.D., Powers, S.W., LeCates, S., Benti, A-L.: Effectiveness of nasal sumatriptan in 5- to 12-year-old children. *Headache* 41:693-697, 2001.

Kálmánchey R.: Gyermekneurológia. Medicina, Budapest, 2000.

Leone, M., Russell, M.B., Rigamonti, A. et al.: Increased familial risk of cluster headache. *Neurology* 56:1233-1236, 2001.

Montagna, P., Lodi, R., Cortelli, P. et al.: Phosphorus magnetic resonance spectroscopy in cluster headache. *Neurology* 48:113-118, 1997.

Tajti J., Vécsei L.: A migrén kezelésének protokollja. *Cephalalgia Hungarica* 6:8-11, 1999.

Tajti J., Vécsei L.: A migrén farmakoterápiája: 1999. *MOTESZ Magazin* 4-5:17-26, 1999.

Vécsei L., Tajti J.: A migrénes betegek gyógyszeres kezelése. *Kórház* 3:5-7, 2000.

Vécsei L. (szerk.): Fejfájás. (válogatott fejezetek). B+V Kiadó, Budapest, 2002.