

TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYEK

Gyógyszerészet 52. 408-410. 2008.

Fejfájások jellemzői és kezelési lehetőségei

Viola Réka és dr. Soós Gyöngyvér

A fejfájás egyike a leggyakoribb panaszoknak, amellyel a betegek felkeresik a gyógyszerértárat, fájdalomcsillapítót illetve tanácsot kérve a gyógyszerészről. Habár a háttérben számos ok állhat, az öngyógyítás egyik leggyakoribb megnyilvánulási formája. A Nemzetközi Fejfájás Társaság (ISH, 2004) osztályozása szerint, amennyiben a fejfájás háttérben nincs idegrendszeri károsodás, illetve a fájdalom nem a nyak, szem, orr, sinusok, fogak vagy a temporomandibularis ízület különböző betegségeinek tünete, primer fejfájásformáról beszélünk. A migrén, cluster és a tenziós fejfájás tartoznak ebbe a csoportba, melyet alapbetegség nélkül a fejfájás és azt kísérő tünetek jellemeznek. Az ISH klasszifikáció alapján a szimptómás fejfájásformák csoportjába a fej különböző struktúráinak megbetegedéseire társuló fejfájások, a pszichiátriai betegségeket, infekciót, homeostasis zavarait kísérő, illetve kémiai anyagok, gyógyszerek adása/megvonása okozta fejfájások tartoznak. Külön csoportot alkotnak a cranialis neuralgiák és különböző eredetű arcfájdalmak.

1. Primer fejfájások

Migrén

Visszatérő fejfájásrohamok, melyek 4-72 órán át tartanak. A fejfájás jellegzetesen féloldali, homlok-, halántéktáji lokalizációval, lüktető jellegű, közepes vagy súlyos erősségű, a szokásos fizikai aktivitás súlyosbítja, gyakran hányinger, hányás, phono-, photophobia kíséri. Az esetek kb. 20%-ában a rohamot megelőzően reverzibilis neurológiai tünetek, auratünetek fejlődnek ki, melyek kevesebb, mint 60 percig tartanak. A migrénes rohamok bármely életkorban jelentkezhetnek, de leggyakoribb a 25-35 életév közötti kezdet. Előfordulási gyakorisága nőknél kétszer magasabb, mint férfiaknál.

A migrén nem gyógyszeres kezelése a lehetséges provokáló tényezők (pl. stressz, tiramin-, feniletamin-, magas Na-glutamát-, nitrit-, nitrát-tartalmú élelmiszerek, orális antikonceptívumok) kiiktatását és különböző nem konvencionális gyógymódok (pl. masszáz, relaxáció, akupunktúra) alkalmazását foglalja magába.

A migrénes roham gyógyszeres kezelése elsősorban az akut roham oldását célozza. Amennyiben havonta négy vagy annál több roham jelentkezik, preventív gyógyszeres terápia bevezetése válhat szükségessé. A rohamoldás gyakorlati követelménye, hogy a megfelelő analgetikum ki-

választásával, ennek megfelelő dóziséval és gyógyszerformájával, hányinger-csillapítás mellett kell a fájdalmat minél gyorsabban enyhíteni. A nem specifikus rohamgyógyszerek körébe a NSAID fájdalomcsillapítók (aszpirin, paracetamol, naproxen, ibuprofen, diklofenak, indometacin) tartoznak. Kiegészítésként, hányáscsillapításra a dopamin-receptor antagonisták metoklopramid és domperidon alkalmazható. A migrén specifikus rohamgyógyszerei az ergot-származékok (ergotamin, dihidroergotamin) és a triptánok. Míg az ergot-származékok számos kellemetlen mellékhatással bírnak, a triptánok mellékhatás-profilja kedvezőbb és esetükben az elérhető gyógyszerforma-választék (orrspray, kúp, autoinjekció, tabletta) is szélesebb körű. Migrénes roham kezelésében a szedatívumok és opiátok adása kerülendő.

A migrén intervallumterápiájának a célja a betegek életminőségének javítása a migrénes rohamok frekvenciájának, súlyosságának és időtartamának csökkentésével, valamint az akut migrén kezelhetőségének javításával. A migrénprofilaxisra leggyakrabban alkalmazott gyógyszerek a béta-blokkolók (pindolol), antidepresszánsok, kalcium-csatorna antagonisták (flunarizin), antiepileptikumok (valproát), szerotonin-antagonisták (ciproheptadin, ipرازokrom), vitaminok (riboflavin), nyomelemek (magnézium).

Cluster

Súlyos, kizárólag féloldali, orbitális, supraorbitális, temporális területi fájdalom, mely 15-180 percig tart, jellemző rohamgyakorisága 1-8/nap. A rohamokhoz társulhatnak a következő, a fejfájással megegyező oldali tünetek: belövellt conjunctiva, könnyezés, orrdugulás, orrfolyás, homlok vagy arc izzadása, myosis, ptosis, szemhéj-ödéma. A krónikus formában a cluster fejfájás rohamok több mint 1 éven át fennállnak, remisszió nélkül vagy egy hónapnál rövidebb remissziókkal. A betegség kezdete általában fiatal életkorra jellemző, férfiakat gyakrabban sújtja.

A maximumát gyorsan elérő, igen heves fájdalom miatt az a cél, hogy a rohamokat minél hamarabb oldjuk, ezért a parenterális gyógyszerbevitelt kell előtérbe helyezni. Hatékony rohamoldás érhető el oxigén belélegeztetésével, triptánok orrspray, injekció, kúp formájában történő alkalmazásával, dihidroergotamin, lidokain intranasalis alkalmazásával, valamint NSAID (indometacin, ibuprofen) kúp, vízben oldódó granulátum formájában történő bevitelével.

A tartós profilaktikus kezelés célja a rohammentesség elérése a cluster periódus várható időtartamára. A profilaktikus szerek hatásának kialakulása 1-2 hét után várható, így bevett gyakorlat, hogy metilprednizolon lökést alkalmaznak a gyors rohammentesség érdekében (átmeneti profilaxis), majd a dózis csökkentésével párhuzamosan állítják be a tartós profilaxist. Tartós profilaxis céljára leggyakrabban alkalmazott szerek a verapamil, lítium-karbonát, valproát.

Tenziós fejfájás

A leggyakoribb primer fejfájásforma, bármely életkorra illetve mindkét nemre egyaránt jellemző. Kifejezetten az öngyógyítás körébe tartozik, prevalenciája nehezen becsülhető. Izomkontrakciós, pszichogén vagy stressz fejfájásnak is nevezik. A fájdalom típusosan kétoldali, nyomó, szorító jellegű, enyhe vagy közepes erősségű, általában a szokásos fizikai aktivitás nem súlyosbítja, pericranialis izomkontrakció kíséri. Hányinger, hányás nem jellemzi, de photo-, phonophobia előfordulhat. A krónikus tenziós fejfájásformát havonta 15-nél több epizód jellemzi, melyek akár egész nap fennállhatnak és több, mint 6 hónapon át jelentkeznek.

Epizodikus formában a fájdalomcsillapítás monokomponensű vagy kombinált (pl. koffein) NSAID készítményekkel történik. A Magyar Fejfájás Társaság protokollja szerint akut tenziós fejfájásnál az elsőként választandó szer 800 mg ibuprofen, másodikként pedig 825 mg naproxen választandó. Profilaktikus kezelés (antidepresszánsok) akkor válhat szükségessé, ha a rohamkezelést igénylő fejfájások gyakorisága eléri a heti 2 vagy havi 10 alkalmat.

Tenziós fejfájás krónikus kezelésénél a NSAID-ok gastrointestinalis mellékhatásai, lehetséges nephro-, hepatotoxikus hatásai mellett különös figyelmet kell fordítani az „*analgetikum abúzus*” kialakulásának veszélyére.

2. Szimptómás fejfájások

Szemészeti eredetű fejfájások

Glaucoma, fénytörési hibák, heterophoria (kancsalság) a leggyakoribb szemészeti betegségek, melyek jellemző kísérő tünete lehet a fejfájás. A fájdalom tenziós jellegű, homlok felé sugárzó, szem körüli lokalizációval. Glaucomában gyakran a fájdalom esti órákban, sötétben való hosszabb tartózkodást követően lép fel. Az akut glaucomás roham tünettani hasonlóságot mutat a migrénnel (szem-, halánték-, homloktájra lokalizált sugárzó fájdalom, hányinger, hányás kíséretében). Azonnali orvosi ellátást igényel. A szemészeti eredetű fejfájások kezelésében elsődleges a fejfájást okozó szemészeti probléma megoldása.

Sinusitis

Feszítő fájdalom, mely az orr és az arc területére, homloktájra lokalizálódik, a felső fogsor területére kisugárzik, lehajlásra fokozódik. Felső légúti infekció következményeként kialakult maxillaris (arcüreg) és a frontális (homloküreg) sinusok akut/krónikus bakteriális gyulladása áll a fájdalom hátterében. NSAID analgetikumokra a fájdalom rosszul reagál. A célzott antibiotikum terápia mellett inhaláció, infralámpa illetve a nyálkahártya-ödémát csökkentő orrcseppek alkalmazása hatékony segítséget nyújt a sinusok gyulladásának csökkentésében és a mucociliaris tisztulási folyamatuk elősegítésében.

Arteritis temporalis

Az autoimmun vasculitisek egyik jellegzetes megnyilvánulási formája, rendkívül erős, homlok- és halántéktájra lokalizált fejfájással, mely általában kétoldali. A scalp erei kitapinthatóvá, nyomásérzékennyé válnak, pulzációjuk csökken. A fejfájást hőemelkedés, általános rossz közérzet és a rágóizmok intermittáló „*claudicatioja*” kíséri. Előfordulás 50 év feletti korban gyakoribb. A metilprednizolon terápia (60-80 mg/nap) időben történő elindítása kulcsfontosságú a lehetséges szövődmények (irreverzibilis vakság) megelőzése érdekében. A fejfájás a szteroid terápia elindítását követő három napon belül csökken.

Intracranialis nyomásfokozódás okozta fejfájás

Generalizált, fokozatosan erősödő progresszív fájdalom, mely mély, nem pulzatív jellegű. Gyakran éjszaka vagy ébredéskor jelentkezik a fájdalom, melyet a köhögés, tüszéntés súlyosbíthat. Jellemző a kísérő neurológiai tünetek megjelenése. A koponyaűri nyomásfokozódás hátterében számos ok állhat, mint például térfoglaló folyamatok, meningitis, encephalitis.

Posttraumás fejfájás

A fejsérülést követő két héten belül jelentkezik és akut formában nyolc hét alatt megszűnik, de olykor krónikussá válhat. A fájdalom részben diffúz, tompa, nyomó jellegű, részben a lágyrészek esetleges sérülésének megfelelően körülírt, lokális fájdalom, érzékenység. A fejfájás napközben, illetve fizikai aktivitásra fokozódik, kísérő tünetei lehetnek a hányinger, szédülés, egyensúlyzavar. A posttraumás fejfájás NSAID analgetikumokra jól reagál, de a krónikus posttraumás fejfájás megelőzésének legfontosabb eleme a sérülést követő ágynyugalom.

3. Craniális neuralgiák, arcfájdalmak

Trigeminus neuralgia (arcidegzsába)

Általában idősebb korban megjelenő, nőket gyakrabban érintő betegség. Jellemző a pillanatszerű, vagy legfeljebb 1-2 percig tartó fájdalomrohamok a nervus trigeminus egy vagy több ágának lefutása mentén. Leggyakrabban a második vagy a harmadik ág érintett, így a fájdalom a száj-fül zóna irányába sugárzik ki. A fájdalom éles, szűrő vagy égető jellegű, általában féloldali és mindig ugyanarra a területre lokalizált. Egyes tényezők, mint például az ornyílások és a száj körüli fokozott érzékenységű területek („triggerzónák”) tapintása, érintése, vagy a beszéd, evés, ivás, fogmosás provokálhatja a fájdalmat.

Idiopathiás formában nincs kimutatható neurológiai deficit és kórok, a rohamok között a beteg teljesen panaszmentes. Szimptomás formában, melyet tumor vagy sclerosis multiplex idézhet elő, a fájdalom paroxizmusok között perzisztálóan is jelentkezik.

A kezelés elsőként választandó eszközei az antikonvulzánsok, melyek közül a karbamazepin a leggyakrabban alkalmazott szer monoterápiában vagy más szerekkel (baklofen, fenitoin, valproát, tiapridal, gabapentin) való kombinációban. A gyógyszeres terápia fokozatos leépítésére 8 hét teljes panaszmentességet követően kerülhet sor. Farmakoterápia rezisztencia (az esetek kb. 30%-a) vagy nem tolerálható gyógyszer-melékhatások esetén műtéti kezelésre kerülhet sor.

Glossopharyngeus neuralgia

A fájdalmi rohamok megegyeznek a trigeminus neuralgia rohamaival, de a kisugárzó fájdalom a garatban, a nyelvgyökben vagy a fülben jelentkezik. Triggerzóna lehet még a tonsillák területe is. Rendszerint beszéd, nyelés vagy rágás provokálja. Gyógyszeres kezelése megegyezik a trigeminus neuralgiánál leírtakkal. Sikertelen konzervatív kezelés esetén speciális műtéti módszereket alkalmaznak a rohamok megszüntetésére.

Postherpeses neuralgia

Herpes zoster fertőzést követően fellépő neuralgiás fájdalom, mely az arc, törzs területén a bőrtünetek gyógyulása után jelentkezik, és hosszú ideig fennállhat. Jellemző a folyamatos égő érzés, éles tűszúrászerű, rendkívül erős fájdalmi rohamokkal. Előfordulása idős korban (65 év felett) gyakoribb. Szisztémás specifikus antivirális kezelés alkalmazásával a postherpeses neuralgia kialakulásának esélye csökkenthető. Idős korban az antivirális terápiát az akut tünetek lezajlása után a neurológiai tünetek mérséklése érdekében prednizolon és nagy dózisu (50-100 mg/nap) B1-vitaminnal érdemes kiegészíteni.

Akut fájdalomcsillapítás céljából NSAID-készítmé-

nyek alkalmazhatók, ezek eredménytelensége esetén a krónikus fájdalmak kezelésénél is alkalmazott antidepresszánsok (amitriptilin) illetve antikonvulzánsok (elsősorban karbamazepin, fenitoin, gabapentin) lehetnek hatásosak. Lokálisan a fájdalmas terület kezelésére kapszaicin (0,05%) tartalmú készítmény használható. További hatékony terápiás lehetőség az adott terület lidokain blokádja, illetve TENS (transcutan idegstimuláció) alkalmazása.

Összefoglalás

A fejfájás hátterében számos ok állhat. A gyógyszerészeti kompetencia keretei között célszerű tisztázni a betegnek feltett adekvát kérdések alapján a fájdalom jellegét, lokalizációját, intenzitását, időbeli viszonyait, befolyásoló tényezőit, kísérő tüneteit. Ezek alapján megfelelő vénynélküli fájdalomcsillapítóval kell ellátni és szükség esetén megfelelő szakorvoshoz (pl. neurológia-fejfájás ambulancia, szemészet, fül-orr-gégészet) kell irányítani a beteget.

Fel kell ismerni azokat a veszélyre utaló jeleket, amikor a beteget haladéktalanul orvoshoz kell irányítani:

- neurológiai működészavarra utaló kísérő tünetek,
- fejsérülést követően fellépő fejfájás,
- idős korban kezdődő fejfájás,
- hirtelen fellépő, főleg tarkótáji, heves fejfájás,
- fokozatosan erősödő progresszív fejfájás.

Az öngyógyítás tényleges kompetenciája alapvetően a tensiós fejfájásra terjed ki; az egyéb primer illetőleg szimptomás formák kezelése orvosi diagnózis és gyógyszerrendelés alapján végezhető.

Hangsúlyozni kell a különböző fejfájásformák kezelésében alkalmazott gyógyszerek (NSAID, triptánok, ergot-származékok) helyes, rendeltetés-szerű alkalmazásának jelentőségét az esetleges analgetikum abúzus elkerülése érdekében. Az analgetikum abúzus egész nap fennálló enyhe vagy mérsékelt súlyosságú, diffúz, neurológiai tünetekkel nem járó fejfájás, melyet elsősorban a NSAID-ok és ergot-származékok előírtnál nagyobb dózisainak krónikus szedése okozhat.

IRODALOM

1. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition. Cephalgia 2004; 24: Suppl. 1. – 2. Evans R. W., Mathew N. T.: Handbook of headache. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2000. – 3. Vécsei L.: Fejfájás – válogatott fejezetek. B+V Könyvkiadó, Budapest 2002. – 4. Vécsei L., Tajti L., Gárdián G.: Neurológia a harmadik évezred talaján. Springer. Budapest 2001. – 5. Fodor M.: A fejfájások szemészeti vonatkozásai. Hippocrates 3(4) (2001) – 6. Huszka J.: A fül-orr-gégészeti betegségekhez társuló fejfájások. Hippocrates 3(4) (2001) – 7. Schuh-Hofer S., Arnold G.: Az arcfájdalmak korszerű kezelése. Orvostovábbk. Szle 15 (2) 39-44, (2008)

R. Viola and Gy. Soós: *Headaches' and therapeutics*