

Dr. Fodor Magdolna

A fejfájások szemészeti vonatkozásai

Az *International Headache Society* klasszifikációja szerint a szem eredetű fejfájások okai a következők lehetnek:

- A. Akut glaukoma
- B. Fénytörési hiba
- C. Heterophoria, intermittáló vagy benulásos kancsalság

E fejfájás-felosztás szerzői hangsúlyozzák, hogy a szemészeti eredetű fájdalmak jelentősége jelentősen túlbecsült és a fejfájást gyakran hozzák kapcsolatba a látással. *Walters*⁴ 414 személyre kiterjedő felmérésében vizsgálta a látásélességet és a szemizmok működését. A vizsgáltakat négy csoportra osztotta: nem fejfájósak, fejfájósak, féloldali fejfájásban szenvedők és migrénesek. Eredményei szerint a látási panaszokkal küszködők között nem gyakoribb a fejfájás, kivéve a migrénesek csoportját, amelyben szignifikánsan gyakoribb (5%) volt a heterophoria és a myopia. Ezen felmérés szerint látásproblémája a férfiak 29%-ának, a nők 39%-ának volt. A fejfájás nélküli csoportban a szemészeti rendellenességek előfordulási gyakorisága nem bizonyult kisebbnek. A fejfájósak csoportjában a szemészeti rendellenességek korrekciója után ugyan csökkent a fejfájás, de ez még nem bizonyított, hogy a fejfájások nagy része, így a migrén is, a legkülönbözőbb gyógymódok hatására mintegy 50%-ban csökkenhet. Olyan betegek is a fejfájás csökkenéséről számoltak be, akik plan üveget kaptak.

*Lyle*³ a szem eredetű fejfájásokat a következőképpen osztályozta:

1. Az egészséges szem anatómiai és fiziológiai rendellenességeivel kapcsolatos fejfájások

2. A szem betegségét kísérő fejfájások (Ezek a n. ophthalmicus területére lokalizált neuralgiform fájdalmat okoznak.)

3. Szemtüneteket okozó nem szemészeti eredetű fejfájások

A továbbiakban mindhárom csoportba tartozó fejfájásokat részletezzük.

1. Anatómiai és fiziológiai rendellenességek

A fájdalom általában homloktáji, tompa jellegű, az asthenopia résztünete. Az asthenopia szó szerinti jelentése: erőtlenség, gyenge látás. Leggyakoribb tünetei a gyors kifáradás, a szemben szűrő-nyomó érzés, a látás elhomályosodása, idült kötőhártyagyulladás, homlok-, ritkán tarkótáji fejfájás. Az asthenopia migrénes rohamot is kiválthat. Gyakori a vegetatív dystonia. Jellegzetesen a közeli munka, esetleg frontbetörés, stressz váltja ki, és megszűnik, ha a közeli munka abbamarad. Rossz megvilágítás, fizikai megerőltetés fokozza a panaszokat. Az asthenopia oka az optikai teljesítőképesség és a követelmények közötti aránytalanság. Többféle formája ismeretes:

– **Optikai:** fénytörési hiba, elsősorban hypermetropia, az alkalmazkodás állandó igénybevétele a sugárizomzat túlterhelését jelenti. Ide sorolhatók a presbyopiás és az astigmatizmussal kapcsolatos tünetek, valamint az anisometropia, azaz eltérő dioptriaérték, és az aniseiconia, vagyis a képnagyság különbözősége a két szemben.

– **Izom eredetű:** a heterophoriák akkor okolhatók a fejfájásért, amikor a fúziós kapacitás nem elég a nyugalmi deviáció kényelmes kompenzálásához, tehát a deviáció nagyfokú, vagy a fúziós kapacitás gyenge. Az állandó izomfeszülés okozza a panaszokat. A látási panaszok jellegzetesek, homályos látás, fénykerülés, diplopia. Az asthenopia muscularis egyik formája a convergencia-elégtelenség, amely főként a tizenévesek és a fiatal felnőttek betegsége. A normálisan 5-6 cm-re levő convergencia-közelpont kitolódik. Oka lehet vírusfertőzés, kimerülés, anaemia, uveitis, hyperthyreosis, de gyakran idiopathiás. Az intermittáló exotropia vagy divergencia-excessus távolba nézéskor vagy fáradtság, figyelemhiány esetén jelentkezik, koncentráció, közelre tekintés megszünteti. Fejfájást a kompenzációhoz szükséges fokozott izommunka okozhat. Szemizompareisekben a diplopia leküzdéséhez igénybevett izomfáradás magyarázza a fejfájást.

– **Környezeti:** a munkahely rossz

megvilágítása, nem megfelelő szemüveg, a számítógép rossz elhelyezése, tükröző felületek, gyenge kontasztosság válthatják ki a megterhelés okozta fejfájást. Bizonyos munkakörök sokszor ismétlődő fel-le illetve közel-távolra tekintést igényelnek. A vertikális szemmozgások kevésbé fárasztóak, mint a horizontálisak.

2. Szembetegség okozta fejfájások

– **Akut glaukoma:** ködös látás, a fényforrás körüli szivárványgyűrű látása vezeti be az erős, általában féloldali szem- és szem körüli fájdalmat, amely rossz közérzettel, hányingerrel, hányással járhat. A szem vörös, deszkakemény tapintatú, a cornea borús, a pupilla tág, ovális, fénymentes.

– **Szekunder glaukoma:** a magas szemnyomást a szem egyéb betegsége okozza, pl. iritis, goniorubeosis, intraocularis tumor, duzzadó lencse.

Nyitott zugú, simplex glaukoma általában nem jár fájdalommal.

– **Iritis, iridocyclitis:** erős, a környező területekre kisugárzó szemfájdalom jellemzi. Közelre nézéskor a sugárizom spazmusa miatt a fájdalom fokozódhat. Különböző mértékű látásromlás és fénykerülés kíséri. Jellemzője a ciliáris belövelltség, a mély, ciliáris erek tágulata miatt a limbus körül megjelenő lilásvörös gyűrű. A pupilla szűk, fényre és convergenciára renyhén vagy nem reagál. Az iris pupillaris széle lenőhet a lencsére, elzárva a csarnokvíz-keringés útját, szekunder glaukomát okozva.

– **Herpes zoster ophthalmicus:** a herpeses erupciók előtt 24 órával az érintett területen igen heves fájdalom jelentkezik, komoly differenciáldiagnosztikai nehézséget okozva. A bőrtünetek gyógyulása után hosszantartó kízó féloldali fejfájást okozhat a postherpetikus neuralgia.

– **Neuritis nervi optici:** féloldali látásromlás jellemzi a szemgolyóba vagy az orbitaperem környékére sugárzó szemmozgásra fokozódó fájdalom kíséretében. Ez a fájdalom gyakran félrevezető tünet lehet, glaukoma vagy sinusitis irányába tereli a figyelmet. A visusromlás a centrális foltlátástól a súlyos szem előtti ujjolvasásig terjedhet. A fényérzés mindig megtartott, a szem nem vörös.

Dr. Fodor Magdolna
Simmelweis Egyetem
II. Szemészeti Klinika
1085 Budapest, Mária u. 39.

– Az orbita gyulladással kapcsolatos folyamatai

– **Orbitaphlegmone:** szemhéj és kötőhártya-duzzanat, exophthalmus, mozgáskorlátozottság jellemzi a főként szemmozgáskor jelentkező fájdalom mellett. A gennyes folyamat a környező szövetekből (sinusok, furunculus az arcon, erysipelas) terjed az orbitára. Életveszélyes betegség.

– **Pseudotumor orbitae:** ismeretlen eredetű gyulladás, amely fájdalommal, szemmozgászavarral, exophthalmussal jár.

– **A szem ischaemiás tünetegyüttese:** periorbitális fájdalom, amaurosis fugax, a szemfenéken vérzések, tág vénák, az iris neovascularizációja jellemző.

3. Szemtüneteket okozó nem szemészeti eredetű fejfájások

– **Migrén:** Jellegzetesen paroxysmális kórkép. 4-72 órán át tartó fejfájásrohamok jellemzők. A migrénes betegek harmada aurával együttjáró migrénben szenved. Az auratünetek különböző idegrendszeri tünetek, leggyakrabban vizuálisak, fokozatosan alakulnak ki és legfeljebb egy óráig tartanak. Esetenként fejfájás nélkül is jelentkezhetnek. A vizuális auratünetek igen változatosak: fénylő, növekvő, csillag alakú vagy buborékszerű alakzatok, amelyek fokozatosan elfoglalják az egész látótérét. Előfordul hemianopia, vagy a látótér koncentrikus beszűkülése, esetleg eródiátszerű scotoma. Ezek sokszor jobban zavarják a beteget, mint

a fejfájás, ezért szemorvoshoz fordulnak. A migrén sajátos formája az ophthalmoplegiás és a retinális migrén. Az előbbi ritka, egy vagy több szemmozgató ideg paresise miatt diplopia jellemzi. A retinális migrén monoculáris scotomával vagy reverzibilis vaksággal jár. A vizuális aura 60 percnél rövidebb ideig tart, a fejfájás egy órán belül követi, de meg is előzheti azt. Rohammentes időszakban a szemészeti vizsgálat eltérést nem mutat, de az embolizációt mindig ki kell zárni!

– **Cluster típusú fejfájás:** féloldali, súlyos fejfájásrohamok orbitális, supraorbitális és/vagy temporális lokalizációval. 15-180 percig tartanak. Kísérő tünetei vérbő conjunctiva, könnyezés, ptosis, szemhéj-ödéma, miosis, orrdugulás vagy orrfolyás. A glaukomával összevetve a cluster típusú fejfájás fiatalabb életkorban jelentkezik, főként a férfiak betegsége, a látászavar ritka, hányinger nem jellemző, a pupilla szűk. A szemnyomás emelkedhet ugyan, de sohasem olyan mértékű, mint a glaukomás roham alatt.

– **Trigeminus neuralgia:** Szemészeti betegség gyanúját kelti. A fájdalom másodpercekig tart, sokszor ismétlődik, triggerelhető, általában nem jár vegetatív tünetekkel, pontosan lokalizálható.

– **Sinusitis:** Féloldali lokalizációban is előforduló, állandó, tompa, a fej előre hajításakor fokozódó fájdalommal jár. A sinus felett nyomásérzékenység észlelhető, az orrváladék gyakran purulens.

– **Arteritis temporalis:** Vezető tü-

nete a hirtelen fellépő fejfájás és látászavar, de kezdődhet általános tünetekkel is: gyengeség, fáradékonyosság, fogyás, visszatérő, nem túl magas láz, éjszakai izzadás heteken, hónapokon át. A fejfájás temporoparietális vagy occipitális lokalizációjú, általában féloldali, de lehet kétoldali is. A fejfájás fellépte után 4-5 héttel a betegek 25%-ában rövid idő, 12-24 óra alatt féloldali súlyos látászavar vagy vakság alakul ki. Jellemző a gyorsult süllýedés. Az arteria temporalis tömött, kivörösödött köteggként tapintható, nem pulzál. A betegség súlyos veszélye a másik szem megvakulása. A betegség mortalitása 10%. Főként 50 éves kor felett kell gondolni rá!

Az a tény, hogy a szem eredetű fejfájások lényegesen ritkábbak, mint ahogy azt általában vélik, nem csökkenti a szemészeti vizsgálatok jelentőségét a fejfájásban szenvedő betegek kivizsgálásában.

Irodalomjegyzék:

1. Classification and diagnostic criteria for headache disorders. Cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988. Suppl.7., 62-63
2. Jelencsik I.: *A fejfájások neuroophthalmológiai vonatkozásai.* In: *Neuroophthalmologia* szerk: Somlai Judit Literatura Medica Kiadó 1996. 265-270
3. Lyle TK: *Ophthalmological headaches.* *Handbook of clinical neurology. Headaches and cranial neuralgias.* Amsterdam: Elsevier 1968. Vol.5., 204-207
4. Walters WE.: *Headache and the eye.* The Lancet 1970. July 4.: 1-4

Dr. Huszka János

A fül-orr-gégészeti betegségekhez társuló fejfájások

Valószínűleg a fejfájás a leggyakoribb panasz, amivel orvoshoz fordulnak a betegek. Talán nincs is olyan ember, akinek élete folyamán soha nem fájt volna a feje. A visszatérő, gyakori fejfájás egyes szerzők szerint 10% (Csokonai és mtsai), mások szerint a lakosság 64%-át érinti. E panaszok hátterében gyakran fül-orr-gégészeti betegség vagy valami-

lyen, a fül-orr-gégészeti területén föllelhető anatómiai eltérés áll. Ezért a fejfájással jelentkező beteg gondos kivizsgálása során erre is gondolni kell. Sok esetben az évek óta visszatérő, kínzó fejfájással kezelt, valamelyik jól körülírt fejfájás-szindrómába beskatulyázott, de hatékonyságában nem kielégítően kezelt beteg panaszai megszüntethetőek egy kisebb fül-orr-gégészeti műtéttel.

A továbbiakban a gyakorló orvos szempontjából igyekszem tárgyalni a kérdést. Megvizsgálom, melyek azok az általam fontosnak ítélt, a szakterületemet érintő vizsgálati és kezelé-

si módszerek, melyek figyelembe vétele segítheti az első ellátó orvost a probléma megoldásában. Nem foglalkozom sem a fül-orr-gégészeti betegségek fejfájáson kívüli egyéb tüneteivel, sem a pathophysiológiával. Az ún. kontaktpontok fejfájást kiváltó szerepéről részletes elemzésekkel találkozhatunk a szakirodalomban (Stammberger, Wolf, Clerico).

Mint minden beteggel történő első találkozáskor a legfontosabb a jó anamnéziszelfvétel, a panaszok és tünetek alapos kikérdezése.

A fül-orr-gégészeti területén számos elváltozás, betegség okozhat fej-

Dr. Huszka János

Fővárosi Szent István Kórház

Fül-Orr-Gége, Fej-Nyaksebészeti Osztály

1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.