

– Az orbita gyulladásos 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 véresek, tág vénák, az iris neovascularizációja jellemzik.

3. Szemtüneteket okozó nem szemészeti eredetű fejfájások

– **Migrén:** Jellegzetesen paroxysmális kórkép. 4-72 órán át tartó fejfájásrohamok jellemzik. 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 látóteret. Előfordul hemianopia, vagy a látótér koncentrikus beszűkülése, esetleg eródtímnyszerű 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 előrehajtasakor 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, fáradékony-ság, 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 látásromlás vagy vakság alakul ki. Jellemző a gyorsult süllýedés. Az arteria temporalis tömött, kivörösödött köteggént 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 megszüntethetők 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 (Stammerberger, Wolf, Clerico).

Mint minden beteggel történő első találkozáskor a legfontosabb a jó anamnéziszfelvétel, 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.

fájást. Az orr és melléküreg-rendszerei-nek betegségei és anatómiai eltérései számos esetben felelőssé tehetőek nehezen kezelhető fejfájásos panaszokért.

Melléküreg gyulladásban a fejfájás igen változatos és gyakori panasz, az esetek 48-60%-ában fordul elő. (Stammberger – Naito)

Általában jellemző:

1. az akut gyulladást kísérő fájdalom erősebb

2. a krónikus melléküreg-gyulladás ritkábban és enyhébb fájdalommal jár, ami gyakran kisugárzó és a keletkezési helytől távol (is) észlelhető, gyakorta arc és orrgyök táji kellemetlen feszítő teltségérzéssel.

3. Kisgyermekkorban nem jellemző a melléküreg-gyulladásokat kísérő fájdalom

Acut sinusitis maxillaris-ban a fájdalom tompa és főleg az érintett oldali sinusra korlátozódik, esetleg kísérő orrgyöki feszülő érzéssel, ami előrehajlaskor a sinus területén is jelentkezhet.

Homloküreg-gyulladásnál jellemző az érintett oldali orrgyök és homlokterület fájdalma.

Rostasejt gyulladásra jellemző lehet a belső szemzug, az orrgyök fájdalma, de a beteg a szemüregbe vagy a halántékba sugárzó fájdalomról is panaszkodhat. Amennyiben a gyulladás a szemüregbe terjed vagy az intracraniumban okoz komplikációt, a beteg szinte alig viselhető, a szem mögé, a tarkóba sugárzó, máskor az egész fejet érintő fájdalomról panasz-kodik.

A sinus sphenoidalis gyulladása esetén a fájdalom gyakran a fejtetőbe sugárzik, néha nehezen lokalizálható. Sugározhat a halántékba, de a tarkóba is.

Az orr és melléküreg rendszer daganatos elváltozásai elhelyezkedésüktől, valamint nagyságuktól függően okozhatnak az érintett területre lokalizált vagy a fej egyéb részeire kisugárzó, jellegében igen változatos megjelenésű fájdalmat.

Igen kellemetlen panaszokkal járhat valamelyik nagyobb melléküreg szájadékának elzáródása. Az üregben a levegő fölszívódik, vákuum jön létre, ami éles fájdalmat okozhat.

A sinus maxillarisban kialakult cysta vagy polyp ritkán okoz fájdalmat. Általában mellékletként kerül fölismerésre. Bizonyos nagyság elérése után, ha az üreg szájadékát eléri, provokálhat fájdalmat, de többnyire csak feszítő teltségérzéssel jár.

Fejfájást okozhat, de nem túl gyakran, allergiás rhinitis és akut fölső légúti gyulladásokhoz társuló rhinitis is. Ilyen esetekben az orrnyálkahártya duzzanatának mértékétől, az egy-mással szemben elhelyezkedő, érintkező nyálkahártya felület nagyságától, valamint az orr belső anatómiai viszonyaitól függ a panaszolt fájdalom helye, kisugárzása és intenzitása.

A szakirodalomban egyre többen foglalkoznak az endonasalis anatómiai eltérések és kontaktpontok fejfájást provokáló és fenntartó szerepével (Parsons és Batra, Chow). Nagy fokban pneumatizált középső orrkagyló vagy orrsövényferdülés, esetleg az orrsövény cristája vagy spinája tarthat fenn éveken át típusos migrénnek vagy cluster típusú, esetleg egyéb fejfájás-szindrómának tartott fejfájást.

Az orrmelléküreg-rendszer betegségeinek többségében elégséges a rutin fül-orr-gégészeti vizsgálat. Azonban elhúzódó, több hete fennálló panasz esetén, amikor az addigi kezelési kísérletek nem vezettek kellemes eredményre, a beteg nem gyógyult meg vagy nem vált panaszmentessé, feltétlenül indokolt olyan szakrendelőbe vagy kórházi járóbeteg-szakrendelőbe utalni, ahol megfelelő szakmai hozzáállás, felkészültség és melléküreg endoszkópos felszereltség található. A szakirodalom áttanulmányozása és az eltelt több mint 20 esztendő szakmai tapasztalata alapján megállapítható, hogy igen sok esetben, és ide tartozik a nem eléggé körültekintően kivizsgált fejfájásban szenvedő minden beteg is, nem elégséges elvégezni egy rhinoscopia anteriori. Nem lehetünk elégedettek egy látszólag negatívnak tűnő endonasalis képpel, ugyanis enyhe fokú anatómiai eltérés is, amit esetleg más esetben normális variációnak tekinthetnénk, okozhatja, fenntarthatja a beteg sokszor évek óta meglévő fejfájásos panaszait.

Ilyenkor a teendő az orrnyálkahártya érzéstelenítése és lelohasztása után alapos endoszkópos vizsgálat, figyelemmel minden kis gyulladásos jelre és anatómiai eltérésre. A korrekt kivizsgálás része az orrmelléküregek CT vizsgálata is. Hangsúlyozni szeretném, hogy a sima orrmelléküreg rgtg-felvétel nagyon kevés információt ad, alig visz közelebb a fejfájás okának megtalálásához. Krónikus, a megelőző kezelésekre nem kielégítő-

en reagáló fejfájások esetén megkísérlendő az orrban talált érintkező nyálkahártya felületek érzéstelenítése. Ha erre a beteg panaszai megszűnnek vagy csökkennek, feltétlenül javasolt a még enyhe anatómiai eltérések műtéti korrekciója is, a lehetséges nyálkahártya-kontaktusok megszüntetése.

Természetesen a gyógyszeres kezelés az első lépés a gyulladásos tünetek eliminálására. Rhinitis vasomotorica és allergiás tünetek esetén lokális szteroid és antihisztamin jó hatású lehet.

Fejtetőbe, fülbe sugárzó fájdalmat okozhatnak az epipharynx gyulladásos betegségei és daganatai egyaránt. Malignus folyamat előre haladtával, amikor a daganat involválja a koponya alapot is, a panaszok fokozódnak.

A fül eredetű fejfájásokat 3 nagy csoportra oszthatjuk:

1. A külső hallójárat gyulladásai igen erős a fülkagylóra és környékére lokalizált fájdalmat okoznak. A fájdalom olyan erős, mint egy nagyon kellemetlen fogfájás. A fülkagyló, közvetlen környezete és a hallójárat érintésre igen érzékeny.

2. Otitis media acuta esetén a beteg a fájdalmat a fül mélyén érzi, de nem érzékeny sem a fülkagyló, sem a hallójárat. Ez főleg a gyermekkor betegsége. Ha az inflammált dobhártyát a dobüreg felől folyadék feszíti, az a fájdalom fokozódását eredményezi.

3. Ha a középfül folyamat súlyosbodik, és mastoiditis társul hozzá, a csecsnylvány területén és a fül mélyén jelzi a beteg a fájdalmat, ami a nyakra is sugározhat.

A krónikus középfülgyulladás általában nem jár fájdalommal. Ha az ilyen beteg fájdalomról kezd panasz-kodni, az a folyamat föllángolására, tovaterjedésére, esetleg komplikáció kialakulására utal.

A fül eredetű, a fülben érzett fájdalom tárgyalásánál kell beszélnünk a rágóizület elváltozásai okozta fájdalomról. A beteg fülfájdalom miatt keresi fel orvosát. A vizsgálatnál a negatív fülstátus mellett a rágóizület tapintására igen érzékeny és jellemző a rágáskor észlelt fájdalom is. Fogászati rendellenesség, góc, pl. rosszul elhelyezkedő, impactált bölcsesség fog is okozhat fülben érzett fájdalmat, de akut mandulagyulladás vagy a garat aphtás elváltozása is.

Hasonlóan fülbe sugárzó nyelési fájdalmat panaszol a beteg előre ha-

ladott meso-, hypopharynx és gégemalignoma esetén. Ha az ilyen panaszok 3 hete fennállnak, mindig gondolni kell malignus folyamat lehetőségére is.

Differenciáldiagnosztikai szempontok miatt meg kell említeni még fülbe és torokba sugárzó fájdalom esetén a nyaki gerinc degeneratív elváltozásait, és processus styloideus elongatus fennállásának lehetőségét is. Halántéktáji fájdalommal jár az arteriitis temporalis.

Végül, de nem utolsó sorban nagyon röviden foglalkozni kell a trigeminus neuralgiával, ami a neurológusokkal közös határterületi probléma. A beteg gyakran az arc valamely területére lokalizált szinte tűrhetetlen fájdalom miatt keresi föl-

orvosát. Ilyenkor a n. trigeminus területét érintő elváltozásokat kell először kizárni. Gyakran arcsérülés, melléküreg folyamat vagy fogászati góc található a háttérben. Szintén diagnosztikai problémát okozhat a fej területén jelentkező herpes zooster a kezdeti tünetszegény szakban.

A téma összefoglalásaként elmondhatjuk, hogy minden gyakori fejfájás miatt jelentkező beteget érdemes, illetve javasolt megfelelő szakmai és eszközös fölkeszültségű fül-orr-gégészeti járóbeteg-szakrendelésre utalni még akkor is, ha a betegnek nincs fül-orr-gégészeti panasza. Természetesen ez a körtekintő, alapos kivizsgálásnak csak egy kis része. A beutalón nem árt föl hívni a fül-orr-gégész figyelmét az orrendosz-

kópiás vizsgálat elvégzésére az esetleges rejtett endonasalis kontaktpon-
tok földerítéséhez is. A kivizsgálás további fontos részét alkotja a modern képalkotó eljárások közül a CT, melynek segítségével pontosan behatárolhatók a fejfájásban valószínűsíthetően szerepet játszó fül-orr-gégészeti elváltozások. Sok esetben az elvégzett koponya MR vizsgálat melléklelete segít a fejfájás okának meg-
fejtésében. Nagyon lényeges a száj-
üreg és a garat (az epi- és hypopharynx egyaránt) alapos vizsgálata, akár érzéstelenítésben endoszkóppal. Minden 3 hétnél hosszabb ideje fennálló, fülbe sugárzó, spontán és/vagy nyelési fájdalomnál gondolni kell a száj-garat területének malignus folyamatára.

Dr. Rác Edit, Dr. Molnár Péter

Fej- és arcfájdalmak

Összefoglalás: A fej- és arcfájdalmakat a mindennapi gyakorlatban sokszor nem lehet egymástól élesen elkülöníteni, ennek megfelelően mi is közösen tárgyaljuk. A fejfájás lehet önálló betegség, illetőleg kísérhet más megbetegedést is. Az okok feltárása után a kezelésükben mind konzervatív terápiák, mind – egyre gyakrabban – invazív technikák is szerephez juthatnak.

A fej- és arcfájdalmakat a mindennapi gyakorlatban sokszor nem lehet egymástól élesen elkülöníteni, ez megkívánja közös tárgyalásukat is. Előfordulnak önálló betegségek és lehetnek más megbetegedések „kísérő” tünetei is. Bár a betegek többségében organikus eltérés nem áll a háttérben, ezt a lehetőséget mindig szem előtt kell tartani. Így ez a fej- és arcfájdalmak elnevezéssel illetett tünetcsoport igazi multidiszciplináris terület, melyek megoldásában családorvos, neurológus, belgyógyász, fül-orr-gégész, szemész, szájsebész, idegsebész, fájdalomterápiás szakember és pszichológus együttműködése szükséges. A fejfájás annyira gyakori panasz és olyan sokféle oka lehet, hogy helyes értékelése sokszor igen nehéz.

Az agy maga érzéketlen a fájdalomra. Viszont számos fájdalomérző receptor található, pl. az extracranialis lágyrészekben, az agyhártyákban, a vénás sinusokban és az artériákban is.

Így elvben a fájdalomérzés keletkezhet a fejen, a fejben és az arctájékon a fenti fájdalomérző struktúrák megnyomódása vagy feszülése révén.

Az alapbetegség tisztázásához a pontos anamnézis elengedhetetlen:

- családi terheltség,
- időfaktorok (mióta, mikor, meddig, milyen gyakran)
- napszaki jellemzők
- lokalizáció és jelleg, kiváltó tényezők
- kísérő tünetek
- egyéb tünetek (fogyás, fáradtság, neurológiai zavarok, emlékezet-zavar, stb.)

– a beteg életvitele (élvezeti szerek, konfliktusok, szokások)

A fizikális vizsgálatnak ki kell terjednie általános belgyógyászati-, neurológiai- és a pszichés állapot vizsgálatára is.

A korábban panaszmentes beteg akut, súlyos fejfájása sokkal nagyobb valószínűséggel jelez intracranialis betegséget (pl. SAV), mint a krónikus fájdalom. Szintén valószínűbb az organikus eredet, ha a fejfájás fizikai terhelésre jelentkezik, alvászavart okoz vagy időskorban kezdődik és paroxysmalis

jellegű. Kisebbség a valószínűség, ha a kísérő panasz álmoság, látászavar vagy a mentális funkció romlása. A krónikus fejfájás oka rendszerint migraine, pszichés feszültség vagy depresszió, de összefügghet fejsérüléssel, nyaki spondylosissal, fogászati vagy szemészeti megbetegedéssel, sinusitissal, hipertensióval és számos egyéb betegséggel is.

A fej- és arcfájdalmak általánosan elfogadott kóroki felosztása:

1. Vasomotoros fejfájás

- „közönséges” vagy tensios fejfájás
- „valódi” migraine
- cluster fejfájás
- ritka formák

2. Organikus vascularis megbetegedéseket kísérő formák

- intracranialis arteriitis
- SAV
- vascularis cereberalis eltérés

3. Intracranialis térfoglaló folyamatokat kísérő formák

- tumor
- tályog
- subduralis vérzés

4. Liquorkeringési zavart kísérő formák

- elfolyási akadály (hyperton)
- alacsony nyomás (hypoton)

Dr. Rác Edit, Dr. Molnár Péter
Péterfy Sándor Utcai Kórház
Fájdalom Ambulancia
1076 Budapest, Péterfy S. u. 8-14.