

Hyperventilációs tetania tünetei is észlelhetők (végtagzsibbadás, carpedalspasmus). Diagnosztikus (és egyben terápiás) értékű, ha a beteget papírzacskóba lélegeztetve a rosszullét oldódik.

### Sztereotípiák csecsemő- és kisded korban

Csecsemőknél és kisded korú gyermekeknél gyakran tapasztalnak különböző sztereotíp mozgásokat, amelyek esetenként epilepszia gyanúját kelthetik. A rituális jelenségek – mint például fejrázás, fejringatás, térdelő helyzetben végzett ütemes, ringató mozgás – nem tekinthetők kórosnak, a kisgyermek megnyugvását, jó közérzetét eredményezik. Általában unalmas szituációkban és elalvás előtt észlelhetők az említett mozgások. Szintén epilepsziás rohamra emlékeztethet a csecsemő-kisded korban észlelt genitális manipuláció, masturbatio: a gyermek megfeszíti, összeszorítja az alsó végtagjait, sztereotíp mozgást végez, arca kipirul, szaporán veszi a levegőt. A jelenség megítélésében

nagy segítség az otthoni videofelvétel, illetve a video-EEG vizsgálat.

### Metabolikus és toxikus eredetű görcsök

Hipoglikémia tünetei (verejtékezés, irritabilitás, zavartság, izomgyengeség, eszméletvesztés) önmagában kelthetik epilepsziás roham gyanúját. Esetenként, súlyos hipoglikémiában valódi grand mal roham is kialakulhat.

Rohamszerű jelenségekkel járhat a hypocalcaemia, hypomagnesaemia, porphyria is. Egyéb ioneltolódás (pl. hiponatraemia) szintén okozhat alkalmi görcsrohamot.

Bizonyos gyógyszerek – leginkább neuroleptikumok – nagyobb adagja vagy tartós adagolása esetén visszatérő extrapyramidalis mozgászavarokkal találkozhatunk (pl. oculogyriás krízis, a fej hátrafesztése, fájdalmas torticollis), amelyek nem járnak tudatzavarral.

### Sandifer szindróma

Hiatus herniában vagy gastro-

oesophagealis refluxban szenvedő csecsemőknél időnként étkezés után a nyak hirtelen extenziója, opisthotonus, a fej csavaró mozgása észlelhető – a jelenség esetleg epilepsziás rohamnak vagy dystóniának tűnik. Az egyéb tünetek (bukás, hányás, nem megfelelő súlygyarapodás) és a gasztroenterológiai vizsgálatok tisztázzák a diagnózist.

### Irodalomjegyzék:

1. Kálmánchey R., J. B. P. Stephenson: *Gyermekneurologiai útmutató* Medicina Könyvkiadó, Budapest 2007.
2. Farkas V.: *Nem epilepsziás paroxysmalis betegségek* in: Kálmánchey R.: *Gyermekneurologia* Medicina Könyvkiadó, Budapest 2000.
3. Fenichel G. M.: *Clinical pediatric neurology: a signs and symptoms approach* Fifth Edition Elsevier Saunders 2005.
4. Halász P., Rajna P.: *Epilepszia* Innomark 1990.
5. Halász P.: *Epilepszia* Medicina Könyvkiadó Budapest 2008.
6. Janszky J., Szűcs A.: *Az epilepsziás rohamok diagnózisa és kezelése* Hippocrates IV. évfolyam 2. szám 2002.

Dr. Rosdy Beáta

## A gyermekkori fejfájás mint tünet jelentősége az alapellátásban

A gyermekkori fejfájás komoly differenciáldiagnosztikai probléma lehet, amelynek megoldásába nem minden esetben szükséges gyermekneuroológus bevonása.

Ha fejfájós gyermekkel találkozunk, végig kell gondolnunk, hogy **elsődleges vagy másodlagos** fejfájással állunk-e szemben. Fontos azt is tudnunk, hogy akut vagy krónikus-e a fájdalom.

**Ha a beteg gyermek akut fejfájása lázas állapotban lép fel**, rá kell kérdezni a kísérő tünetek jelenlétére: hányt-e, észlelte-e valamilyen görcstevékenységet, sztereotíp mozgást? Fontos adat az is, hogy a gyermek mikor volt beteg ezt megelőzően, mikor kapott oltást, kullancscsípés történt-e.

Gyakorisági sorrendben a következő típusú lázas betegségek járhatnak fejfájással:

1. Egyszerű vírusfertőzés
2. Súlyosabb vírusfertőzés
3. Fogászati gyulladások
4. Melléküreg gyulladások
5. Meningitis
6. Encephalitis
7. Agytályog

**Ha a gyermek akut fejfájása láz nélkül jelentkezik**, meg kell kérdeznünk azt, hogy érte-e fejsérülés, zajlott-e görcse (ne feledjük az erre utaló apró jeleket: vércsík a párnán, váratlan enuresis, reggeli kézrandulások az elmúlt időben). Fontos azt is tudnunk, hogy a fejfájás hogyan kezdődött, mióta tart, illetve progresszív-e. Rá kell kérdeznünk esetleges aura tünetek társulásra. Sokszor nagy megkönnyebülést jelent, ha a szülők jelzik, hogy

ők vagy a nagyszülők migrénesek. Erre tehát mindig kérdezzünk rá! Azt is fontos megfigyelni, hogy vegetatív kísérő tünet társul-e a fájdalomhoz. A vérnyomást minden esetben indokolt megmérni! A mai világban akár négyesemközt maradva a gyermekkel rá kell kérdeznünk az esetleges droghasználatra, alkoholfogyasztásra, illetve a rendszeres gyógyszeresedésre is (megjegyzendő, hogy a fogamzásgátlót sok serdülő nem tartja gyógyszernek!) Ha nem a saját praxisunkba tartozó gyermeket vizsgálunk, a kísérőtől azt is meg kell kérdezni, hogy a gyermek visel-e shuntöt és járnak-e ezzel rendszeresen ellenőrzésre. Amennyiben a gyermeket nem kíséri senki, vagy eszméletlen, illetve életkoránál fogva képtelen értékelhető választ adni, az egész koponyát át kell tapogatnunk szelepet keresve a fejbőr alatt. A koponya áttapintása és kopogtatása más esetben

Dr. Rosdy Beáta  
Heim Pál Kórház  
Neurológiai Osztály  
1089 Budapest, Üllői út 86.

sem maradhat el, mert sokszor meglepően nagy méretű vérömlenyeket sem jeleznek, amelyek alatt gyakran törés húzódnak meg. Amennyiben a beteg shuntöt visel, így ennek egész lefutását meg kell vizsgálnunk.

Lázatlan állapotban a következő fejfájás típusok fordulhatnak elő (a gyakoriság sorrendjében):

1. Pszichogén fejfájás
2. Epizódikus tenziós fejfájás (amelyet kifáradás, fizikai megterhelés vagy akut stressz válthat ki)
3. Fejsérülést követő fájdalom
4. Migrén
5. Epilepsziás rohamot követő fájdalom
6. Koponyaúri nyomásfokozódáshoz társuló panaszok (tumor, pseudo-tumor)
7. Liquor keringési zavar (elvezetési zavar vagy hypotensio)
8. Agyvérzés (serdülőkorban már előfordulhat subarachnoideális vérzés, gyermekkorban pedig arteriovenosus malformatio is rupturálhat)
9. Ischaemiás stroke előfordul gyermekkorban is, ezt sok esetben megelőzi transiens ischaemiás attack. Ezen klinikai tüneteket általában csak rákérdezésre említik meg a páciensek.
10. Serdülőkorban már előfordulhat esszenciális hypertonia is, míg a kisebb gyermekeknél a magas vérnyomás szív és/vagy vesebetegség következménye lehet.

### Migrén

A gyermek és serdülőkori elsődleges fejfájásbetegség 12%-a migrén. Kisdékorban migrén ekvivalens rosszullétek formájában jelentkezhet a betegség:

1. Benignus paroxysmalis vertigo
2. Benignus paroxysmalis torticolis
3. Epizódikus midriasis
4. Gyermekkorban alternáló hemiplegia

Óvodás kor közepétől már valódi migrénről beszélünk.

A betegség kialakulásában genetikai faktoroknak is szerepe van.

A **Nemzetközi Fejfájás Társaság** (IHS) meghatározása szerint akkor beszélhetünk gyermekkorban migrénbetegségről, ha

1. legalább 5 hasonló fejfájás jelentkezett már a gyermeknél
2. a fájdalom kisgyermekkorban kétoldali frontotemporalis, csak az adolescens korban jelentkezik unilaterálisan
3. a társuló foto-fonofóbiára a

kicsiknél általában csak a viselkedés vagy magatartás változásából lehet következtetni

4. időtartama széles határok között mozoghat: 1-72 óra

5. vegetatív tünetek szinte mindig társulnak (hányinger, hányás)

6. a roham utáni bágyadság vagy alvás szintén jellemző

### Gyermekkorban migrén aurával

Az aura időtartama 5-60 perc között változik. A tünettan rendkívül változatos lehet: ritkán csak vizuális tünetek jelentkeznek, de igen gyakori a beszédzavar és a szótalálási zavar, amely nagyon dühíti a gyermekeket és ilyenkor hajlamosak kritikátlanul és agresszíven viselkedni. Nem ritka a tudatzavart állapot társulása, olykor féldoldali bénulással. Ritkán teljes féldoldali neglect szindrómával is találkozhatunk, ami azt jelenti, hogy a beteg az egyik testfeléről nem vesz tudomást, hanyagolja azt. A transiens ischaemiás attacktól és bizonyos fokális epilepsziás rohamoktól való elkülönítés sokszor igen nehéz lehet. Ezért amennyiben az első rosszulléttel állunk szemben, és az fél órán belül intravénás fájdalomcsillapító hatására sem enyhül, mielőbb küldjük kórházba a gyermeket. Kivizsgálta migrénes beteg esetében természetesen erre már csak ritkán van szükség.

**Akut első migrénes roham esetén** a beteg az orvoshoz kerülés kapcsán általában már erős hányingerrel küzd vagy már hányás is jelentkezik, így csak iv. fájdalomcsillapító adásával próbálkozhatunk.

Ismert migrénes gyermeknek azt ajánljuk, hogy az iskolába vigye magával a neki bevált fájdalomcsillapítót és az aura tünetek jelentkezésekor a gyógyszert haladéktalanul vegye be. Betegenként más fájdalomcsillapító lehet hatásos. Minden betegnek más fájdalomcsillapító használna, ezt ki kell próbálni. Egy roham esetére csak egy készítményt ajánljunk: metimazol, diclofenac, paracetamol, ibuprophen bármelyike segíthet. Idősebb, nagyobb testsúlyú serdülőknél a kombinált hatóanyag tartalmú Migpriv készítményt ajánljuk.

A gyógyszeres kezeléstől ódzkodók számára a Sinol sprayt ajánljuk (kapszaicint is tartalmazó orrspray). A serdülők között sokan számolnak be pozitív hatásáról a készítmény alkalmazása kapcsán.

Ha ezek nem segítenek, akkor 14 év

felett ergot tartalmú sprayt ajánlunk, míg 16 éves kor felett pedig már a triptánok is alkalmazhatók spray vagy tableta formájában.

**Migrén intervallum kezelését** havi 4 vagy több fejfájás jelentkezése esetén alkalmazzuk. A legtöbbeknek hatásos készítmény a Magne-B6, ezt a családorvosok is megpróbálhatják alkalmazni. Amennyiben ez nem hatékony, propranolollal próbálkozhatunk.

Hatástalanságuk esetén flunarizint, amyltriptilint, valproátot vagy topiramatot próbálhat a gyermekneurológus. Ajánlhatjuk az akupunktúrás kezelést is.

Fontos, hogy a migrénes beteg családjával elbeszélgetve felhívjuk a figyelmet a fejfájást provokáló tényezők lehetőségére (túlalvás, alvásmegvonás, bizonyos ételek fogyasztása, stressz, túlzott napfény). Ezek kiküszöbölésével csökkenthető a fejfájásos epizódok száma. Ajánljuk a gyermekeknek a fejfájásnapló vezetését is.

### Akut liquorkeringési zavarhoz társuló fejfájás

A fejfájás diffúz, reggel rosszabb. Analgetikumok csak időlegesen és kezdetben segítenek. Általában reggeli hányással párosul, amely megkönnyebbülést eredményez. Köhögés és tüszentes, illetve székelés rontja a fájdalmat. Kísérheti papillaödéma, járászavar, tudatzavar, abducens parézis. Ha társuló epilepszia betegség ismert, akkor hosszú rohammentességet követően a rohamok visszatérhetnek. Ilyen gyanú esetén haladéktalanul küldjük a gyermeket gyermekneurológushoz! Amennyiben megelőző képalkotó vizsgálatáról film vagy CD rendelkezésre áll, ezt vigye magával, mivel az összehasonlítás ez esetben igen fontos.

**A gyermekkorban krónikus visszatérő fejfájások esetén** ismét az az alapkérdés, hogy elsődleges fejfájásbetegséggel, vagy másodlagos fejfájással állunk-e szemben.

A szülők zöme is ezért keres fel minket, hiszen ők is a súlyos betegséget szeretnék elsősorban kizárni. Érdekes, hogy a fájdalomcsillapítás ezt követően sokszor már nem lényegi kérdés. A negatív képalkotó vizsgálati eredmény a szülő számára sok esetben elegendő, pedig a panaszokat nem oldja meg. Ha képalkotó vizsgálat szükséges, akkor az MRI-t javasoljuk.

Az elsődleges fejfájások 70%-a a gyermek- és serdülőkorban tenzi-

ós típusú, vagyis serdülő korosztály 12,7%-a krónikus tenziós fejfájásban szenved. Sajnos azt is felmérték, hogy ezen korú betegek 20–30%-kal több gyógyszert használnak a kellenél.

Krónikus fejfájásban szenvedő gyermek esetén rá kell kérdezni a familiaritás mellett az esetleges családi vagy közösségi konfliktusokra, megelőző komoly betegségekre, illetve fejet ért esetleges traumára. Fontos, hogy a páciensek (szülők) tudnak-e kiváltó tényezőt említeni. Mióta tart a fejfájásos időszak? Milyen gyakori a panasz? Hány napot kellett az iskolából hiányozni emiatt? Milyen hosszú a leghosszabb fejfájásmentes időszak? Mennyi ideig tart egy fejfájásos epizód? Milyen a fájdalom jellege? Hol érzi pontosan a fájdalmat? Milyen gyorsan bontakozik ki a panasz? Többféle fejfájása van-e a gyermeknek? Milyen kísérő tünetei vannak? Milyen gyógyszert vagy egyéb készítményt és milyen rendszeresen használ, ezek segítenek-e? Ha igen, mennyi idő múlva? Ha nem, mennyi ideig tart egy fejfájás? Hogyan múlik el? Fizikai terhelés milyen hatású? Szokványos tevékenységét meg kell-e szakítania a fejfájás miatt? Történt-e változás az iskolai teljesítményében? Van-e (volt-e) tanulási zavara? Egyéb gyógyszereket szed-e rendszeresen? Alkoholt, drogot, koffeint (nem csak kávéban), nikotint fogyaszt-e? És ha igen, mennyit? Emellett a gyermek alkatára, életritmusára, táplálkozására, kedvenc időtöltéseire, a testmozgás mennyiségére vonatkozó kérdéseket is fel kell tennünk. Ilyen típusú panaszokkal orvoshoz fordulóknak között leggyakoribb:

1. Krónikus tenziós fejfájás
2. Posttraumás krónikus fájdalom
3. A szem megerőltetéséből adódó panasz
4. Gyógyszerekhez, drogok használatához társuló fejfájás
5. Analgetikum, koffein megvonás okozta fejfájás
6. Élelmiszer adalékok fogyasztásához társuló panasz

### Krónikus tenziós fejfájás

Gyakori, epizodikus, nyomó jellegű, kétoldali abroncsszerű fájdalom, amelyet a fizikai aktivitás nem fokoz. Vegetatív kísérő tünetei nincsenek. Néha enyhe hányingerrel párosulhat. Fotofonofóbia is társulhat hozzá. 30 perctől max. 7 napig tarthat és legalább tíz

alkalommal jelentkeznek egy hónapon belül. A diagnózis csak 3 hónapi megfigyelés után mondható ki. Etiológiája multifaktoriális.

Mindennapos fejfájásos panaszok esetén gyakori a komorbiditás.

E páciensek között gyakoribbak a félelmek, a depresszió és az alvászavar, és szomatizációra is hajlamosak. Környezetükre magatartásváltozásuk tesz mély benyomást. A betegek kezelése csak csapatmunkában hatékony!!! A családorvos szerepe kiemelendő, hiszen ő ismeri lényegesen közelebről a családot.

### Mit tehet ezekkel a betegekkel a gyermekneuroológus?

Az első tisztázó beszélgetést és vizsgálatot követően a szülőt és gyermeket meg kell nyugtatni. Szükség esetén életmódváltást javasolunk. A rendszeres fájdalomcsillapító használatról megpróbáljuk lebeszélni a fiatal vagy az édesanyát. Pszichés problémák esetén pszichológushoz kell irányítani a pácienseket, bizonyos esetekben pszichiátert vagy családterapeutát is bevonhatunk. Részképesség zavar gyanúja esetén felmérést követő fejlesztést javasolunk.

Szemészeti vizsgálatot is indokoltnak tartunk. Fejfájásnapló vezetését javasoljuk, amellyel 2–3 hónap múlva visszarendeljük a beteget.

### Milyen nem gyógyszeres kezelést javasolhatunk?

A gyógyteák (citromfű, levendula) sokszor segítenek. Saját felmérésünk is alátámasztja a textil réz fejpánt hatásosságát, ezt is ajánlhatjuk. Jó hatás várható még a nyaki masszázstól, a relaxációtól. Sokat segíthet az autogén tréning elsajátítása. A cranio-cervicalis tréning kifejezetten jó hatású. Ez esetben rugalmas gumi-fejpánt felhelyezését követően naponta 15–20 percig kell otthon gyógytornász által betanított nyakizom erősítő és lazító gyakorlatokat végezni 3–6 héten át. Mások a bio-feedback kezelés sikerességéről számolnak be. Bizonyos esetben az akupunktúra is hatékony lehet.

### Milyen gyógyszeres kezelést javasolhat a gyermekneuroológus?

1. Magne-B-6 terápia

2. Multivitamin szedése kúraszerűen

3. Homeopátiás készítmény (Sedatif PC)

4. Amyltriptilin (Teperin)

5. Clomipramin (Anafranil)

6. Hydroxizinum (Atarax)

7. Ritkán és átmenetileg alprazolam

### Fájdalomcsillapító abúzus okozta fejfájás

Ennek előfordulásával a tizenéves korosztálytól kezdődően számolhatunk vele. Általában kétoldali, nyomó fájdalom, amelyet a fizikai aktivitás nem ront. Jellemző, hogy legalább havi 15 napon vesz be gyógyszert a serdülő. Fontos a diagnózis felállítása, mivel a krónikus preventív gyógyszeres kezelésre a betegek mindaddig nem reagálnak, amíg a fájdalomcsillapító abúzusról nem szoknak le. Ha a rendszeres gyógyszereszedéssel sikerül leállniuk, két hónap is eltelhet, amire a mindennapos panaszok elmúlnak.

### Krónikus posttraumás fejfájás

Enyhe fejtrauma után szokott inkább jelentkezni. Általában a posttraumás stressz zavar része. A tenziós fejfájáshoz hasonló panaszokat említenek a betegek: szédülékenységet, egyensúlyproblémákat, koncentrációs gyengésséget, idegességet, alvászavart. Néha személyiségváltozásról számolnak be és csökkent teherbírást panaszkodnak.

A kóreredet multifaktoriális, így terápiája is interdiszciplináris megközelítést igényel.

### Üzenet:

Akut elsődleges fejfájás esetén ne késlekedjünk, küldjük a beteget azonnal gyermekneuroológushoz, vagy ha területileg nem elérhető, akkor sürgősségi ambulanciára!

Krónikus fejfájásos beteget csak alapos kivizsgálást követően küldjünk gyermekneuroológushoz!

### Irodalomjegyzék:

1. Kálmánchey R.: *Gyermekneuroológia* Medicina Kiadó 2000.
2. Kálmánchey R.: *Gyermekneuroológiai útmutató* Medicina Kiadó 2007.
3. Vécsei L.: *Fejfájás* B+V Lapkiadó 2002.