

## Gyermekkori krónikus fejfájás

• Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium •

### Definíció és alapvető megállapítások

A gyermekkori krónikus fejfájások osztályozása a kiváltó okok és patofiziológiai történések alapján történik. A nemzetközi irodalom és a Nemzetközi Fejfájás Társaság az alábbi fő csoportosítást használja:

#### 1. Elsődleges fejfájások

- Gyermek- és serdülőkori migrénformák.
- Gyermek- és serdülőkori tenziós típusú fejfájások.
- „Cluster” fejfájások.
- Egyéb fejfájások.
- Kevert típusú fejfájások.

#### 2. Másodlagos fejfájások

- Koponyatraumához társuló fejfájások.
- Vascularis betegségekhez társuló fejfájások.
- Nem vascularis intracranialis betegségekhez társuló fejfájások.
- Kemikáliák alkalmazása vagy azok megvonása által kiváltott fejfájások.
- Nem fejre lokalizált infekciók által kiváltott fejfájások.
- Metabolikus betegségek által kiváltott fejfájások.
- Cervicalis, faciális, ill. cranialis struktúrák által kiváltott fejfájások (szem-, fül-, sinus-, fog-, száj-, ill. egyéb betegségek).
- Cranialis neuralgiák, deafferentációs fejfájások.
- Nem klasszifikálható fejfájások.

A gyermekgyógyászati betegellátásban a krónikus, visszatérő fejfájással jelentkező betegek döntő többsége (90-95%-a) elsődleges fejfájásban szenved. Gyakorisága miatt fokozott figyelmet érdemel a gyermek- és serdülőkori migrének, valamint tenziós típusú fejfájások (továbbiakban TTF) csoportja. Ezen fejfájásbetegségek esetén nem elegendő az egy alkalommal történő ún. keresztmetszeti vizsgálat, hanem a beteg hosszabb távú követése szükséges. Ez a törekvés érvényesül a fejfájásbetegségek diagnosztikus és klasszifikációs kritériumrendszerében, miután több (pl. migrénbetegségben minimálisan öt) a kritériumoknak megfelelő epizód után lehetséges valamely fejfájásbetegség diagnózisának felállítása.

Az előfordulás és a gyakoriság miatt az alábbiakban részletesen a gyermekkori migrénbetegséggel és a tenziós típusú fejfájásokkal (TTF) kapcsolatosan részletezzük a diagnosztikus és terápiás útmutatásokat.

## A gyermek- és serdülőkori migrén

### Gyakorisága

Gyakorisága a nemek és az életkor szerint változik a szociális, gazdasági helyzettől függetlenül. Hatéves korban gyakorisága 4–6%, a nemek aránya megegyező; a pubertás kezdetéig a gyakoriság 8–10%-ra nő, ekkor a nemek arányában enyhe fiú túlsúly figyelhető meg. A pubertás alatt és annak végén a gyakoriság 12–14%-ot ér el, a leány-fiú arány 3–4:1 toódik el. A serdülőkor után a gyakoriság valamelyest csökken, a nemek arányában a nők túlsúlya nem változik.

### A gyermek- és serdülőkori migrén megjelenése

#### Migrénkategóriák

- Migrén aura nélkül
- Migrén aurával
  - Migrén típusos aurával
  - Migrén prolongált aurával
  - Migrén akutan induló aurával
- Status migrainosus
- Komplikált migrén
- Egyéb migrénformák
  - Ophtalmoplegiás migrén
  - Retinalis (monokuláris) migrén
  - Gyermekekori periodikus szindrómák
    - abdominalis migrén
    - gyermekekori benignus paroxysmalis vertigo
    - gyermekekori alternáló hemiplegia
  - Atípusos migrén
- Nem specifikus migrén

(Betegségek és a társuló egészségügyi problémák nemzetközi osztályozása. 10. átdolgozott kiadás. Neurológiai Adaptáció. WHO, Genf, 1997 alapján)

A korábbiakban közönséges migrén, migrén simplex és az aurával járó migrén (migraine accompagnée, basilaris migrén stb.) használata konfúzióra adott lehetőséget, ezért mindezek helyett a migrén aurával, ill. aura nélkül és egyes sajátos, ritkább migrénformák elnevezései használatosak az 1988-ban kidolgozott leíró jellegű diagnosztikus és klasszifikációs kritériumok nyomán.

## Tünettan

A gyermek- és serdülőkori migrénes roham több vonatkozásban alapvetően különbözik a felnőttekétől. Így ismert, hogy a rohamtartam a felnőtteken megfigyelteknél rövidebb (jelenleg elfogadott legrövidebb rohamtartam 15 éves kor alatt 2 óra, tervezett a gyermekkori rohamtartam csökkentése 1 órára). Kiemelésre érdemes, hogy a roham gyermekkori gyakran elalvással fejeződik be. A tünettan, ill. az auratünetek életkori sajátosságokat mutatnak. Már kisgyermekkorban manifesztálódhat a migrénbetegség az ún. gyermekkori periodikus szindrómák valamelyikének formájában (pl. benignus paroxysmalis vertigo). A gyermek verbalizációs fejlettségétől függően, általában a kisiskoláskortól beszélhetünk definitív migrénbetegségről, miután addig a migrén inkább valószínűsíthető diagnózis. Kisiskoláskorban a sokszor bizonytalanul interpretálható fejfájásos panaszok mellett vezető tünet a recidiváló, igen kifejezett abdominalis fájdalom, náuseával, vomitussal, mindez alvásba megy át, s 1-2 órai alvás nyomán az addig igen elesett, exsiccált beteg panaszmentesen ébred. Az iskoláskortól várható a típusos migrénes fájdalomszindróma, melyet esetenként auraként kifejezett neurológiai deficittünetek vezetnek be (pl. hemiparesis, paraesthesia, afázia). Ebben az életkorban a migrénes vizuális aurajelenségek csak kivételesen vannak jelen. Általában a pubertáskortól manifesztálódnak a felnőttkori migrén jól ismert auratünetei, azaz ez időtől kezdve dominálnak a típusos vizuális aurajelenségek (photopsia, micropsia, scotoma, fortifikációs spektrum stb.), miközben a gastrointestinalis tünetek közül az abdominalis fájdalom a háttérbe szorul.

A gondos anamnézis felvétele nyomán gyakran ismertté válnak triggerfaktorok, melyek nem okozói a migrénes epizódoknak, hanem megfelelő konstitúció esetén provokálják a rohamokat. Kisgyermek-, gyermekkorban messze a leggyakoribb provokálófaktor a pszichés stressz. Sajnálatos, hogy tévesen e gyermekek visszatérő, típusos migrénes fejfájásos panaszait gyakran minősítik tisztán pszichogén eredetű fejfájásnak, és így e betegek nem részesülnek megfelelő migrénellenes terápiában. További gyakori kiváltó tényező gyermekkorban a túlzott fizikai fáradtság és az erős fényhatás. A pubertás elejétől hormonális faktorok, leányokon a menarchétól a menstruációs ciklus, melyhez a későbbiekben orális antikonceptív alkalmazása társulhat rohamprovokáló faktorként. Precipitáló faktorként alimentáris tényezők csak kivételesen azonosíthatók, következésképp az ún. eliminációs diéták alkalmazása kevés terápiás sikerrel kecsegtet. Ismert, hogy a gondos megfigyelés, naplóvezetés ellenére sem sikerül a gyermekkori betegek jelentős részénél triggerfaktort megállapítani.

## Diagnózis

Az aura nélküli migrén diagnosztikus kritériumai:

- Minimálisan 5, a következő kritériumoknak megfelelő roham (\*) nyomán állítható fel a migrén diagnózisa.
- A rohamtartam 4–72 óra (\*\*).
- Minimálisan 2 fájdalomkarakterisztikum az alábbiak közül jelen van:
  - unilaterális fájdalom;
  - lökhető fájdalom;
  - mérsékelt vagy igen kifejezett erősségű a fájdalom;
  - mozgás, fizikai aktivitás aggraválja a fájdalmat;
- Minimálisan 1 kísérő tünet a következők közül jelen van:
  - nausea;
  - fotofóbia;
  - fonofóbia.

(\*) Strukturális eltérés a rohamok hátterében adekvát vizsgálatokkal kizárásra került.

(\*\*) 15 éves életkor alatt a rohamtartam 2–48 óra között változhat.

A klinikai gyakorlatban alkalmazható diagnosztikus tesztek, ill. markerek hiányában a migrén klinikai diagnózis, azaz döntően az anamnézisen és a betegvizsgálaton alapul. A fenti kritériumrendszer feltétele, hogy a tüneteket esetenként magyarázó szervi, strukturális elváltozás kizárásra kerüljön adekvát vizsgálatokkal és a beteg tartós követésével. Összegezve: a gyermekkori migrén nem tekinthető kizárásos diagnózisnak, hanem a típusos klinikai tünetek sajátos időbeli lefolyásán alapul.

Mindezek alapján típusos migrénes panaszok esetén nem indokolt rutinszerűen központi idegrendszeri képalkotó vizsgálat (koponya CT, ill. MRI) elvégzése.

## Terápia

A gyermek- és serdülőkori migrén terápiajában gyógyszeres és nem gyógyszeres terápiai lehetőségek állnak rendelkezésre. A betegek jelentős részénél célszerű mindkét terápiai lehetőséget igénybe venni. A *nem gyógyszeres terápia* alapvetően az identifikált triggerfaktorok eliminálásán alapul. A *farmakoterápia* tervezésekor mérlegelünk a rohamterápia, azaz az egyes rohamok kezelése (más néven akut migrén terápia) és a profilaktikus (más néven preventív migrénterápia: átmeneti ideig folyamatos gyógyszeresedés) között. Gyermekkorban előtérben áll a *rohamterápia*, elsőként választandó szer valamely nem szteroid gyulladásgátló (acetaminophen, acetilszalicilsav, ibuprofen) esetenként kombinálva antiemetikummal. Ezen nem specifikus migrénellenes szerekre nem kellően reagáló betegeknél javasolt specifikus migrénellenes szer alkalmazása: dihidergotamin, ill. triptanvegyületek. A *profilaktikus terápia* bevezetése akkor mérlegelendő, ha a migrénes epizódok száma meghaladja a havi 6 rohamot. Tapasztalatok állnak rendelkezésre többek között

pizotifen-, acetilszalicilsav-, Ca-antagonista-, béta-receptor-blokkolókról. Az irodalmi adatok alapján egyik profilaktikus szer sem bizonyult gyermekkorban kifejezetten hatásosnak.

## Prognózis

A gyermek- és serdülőkori migrén az életminőséget alapvetően befolyásoló betegség. Jelenleg adekvát terápia nyomán a gyermekkorú beteg rohamai eredményesen befolyásolhatók. A provokálótényezők eliminálásával a migrénattakok száma jelentősen csökkenthető, következésképp a gyermekkorú beteg ritkábban szorul rohamterápiaként gyógyszer bevitelére. A hosszú távú követés nyomán ismertté vált, hogy a pubertás után a gyermek- és serdülőkori migrénesek jelentős részén a betegség remisszióba kerül, majd a fiatal felnőttkorban (30–45 év között) a migrénes panaszok recidiválhatnak.

A migrén adekvát kezelése az életminőségi szempontokon túlmenően napjainkban mindinkább előtérbe kerül, miután a fiatal felnőtt nőknél az egyik – ischaemiás – stroke rizikófaktorának tartják a hipertónia, dohányzás és az orális contraceptívumok mellett.

## Társuló betegségek

A gyermek- és serdülőkori migrénhez társuló betegségek feltérképezés alatt állnak. Közülük elsősorban pszichiátriai betegségek emelendők ki, pl. a depresszió, szorongás. Nincs kellő adat arra vonatkozóan, hogy mennyiben tekinthető esetlegesnek, ill. megalapozottnak (ok-okozati jellegű összefüggés) társulása cerebrovascularis érmalformációkkal. Ismert asszociációja egyéb elsődleges fejfájásbetegségekkel, így a tenziós típusúval. Figyelemre méltó a gyakori migrénes rohamok miatt megfigyelt gyermek- és serdülőkori analgetikumabúzus, ami többek között másodlagos fejfájásbetegséget okoz.

## Tenziós típusú fejfájás

*Tenziós típusú fejfájás* (TTF, a nemzetközi irodalomban tension type headache, TTH, szinonimák: tenziós, izom-kontrakciós, pszichomiogén, stressz okozta, közönséges, esszenciális, pszichogén): epizodikus vagy krónikus fejfájás, nyomó vagy feszítő fájdalommal, mely nem pulzáló jellegű. A fájdalom erőssége enyhe, ill. közepes fokú, lokalizációjú bilaterális, a fájdalom fizikai aktivitásra nem fokozódik. Hányás nincs jelen, ugyanakkor nausea, foto-, fonofóbia jelen lehet. Általában pszichogén tényezők váltják ki. Egyes betegekben a TTF együtt léphet fel a migrénnel. Az elsődleges fejfájások leggyakoribb formája. A típusos panaszok hátterében képalkotó vizsgálatokkal neuroanatómiai eltérés nem igazolható.

## Gyakoriság

Az egyes elsődleges fejfájásbetegségek között a TTF klinikai jelentőségét magas előfordulása adja: messze ez a leggyakoribb fejfájásforma. A fejfájásrendeléseken megjelent betegek 50–70%-a TTF-fel fordul orvoshoz. A különböző iskolázottság, eltérő szociális helyzetű társadalmi csoportokban az előfordulás gyakorisága azonos.

A teljes populáció mintegy 45%-a havonta egy, 20%-a havonta egynél több epizódról számol be. A populáció 15%-ánál minimum hetente egyszer jelentkezik TTF, s 3%-uk krónikus TTF-ben szenved. A serdülőkor előtt a nemek aránya közel egyenlő, a serdülőkortól a férfi-nő arány 4:5. A TTF-ben szenvedők mintegy 16%-a fordul segítségért családorvosához, mintegy 4%-a jelentkezik fejfájásrendelésen.

## A TTF klinikai megjelenése

- Epizodikus tenziós típusú fejfájás.
- Krónikus tenziós típusú fejfájás.
- Egyéb tenziós típusú fejfájás (korábban: atípusos TTF).

## A TTF tünettana

**Epizodikus tenziós típusú fejfájás:** percektől napokig terjedő rekuráló fejfájásos epizódok. Az epizódok száma minimum 10. A fejfájás jellege nyomó, ill. feszítő; erőssége enyhe, ill. közepes fokú; lokalizációja bilaterális; nem romlik a rutin fizikai aktivitás során, pl. lépcsőn járáskor. Nausea és hányás nincs jelen (de jelen lehet anorexia). Fonofóbia és fotofóbia közül az egyik jelen lehet.

**Krónikus tenziós típusú fejfájás:** a fejfájás frekvenciája meghaladja a 15 nap/hónapot legkevesebb 6 hónapos megfigyelési időszak során. A fejfájás jellege nyomó, ill. feszítő, erőssége enyhé, ill. közepes fokú, lokalizációja bilaterális; nem romlik a rutin fizikai aktivitás, lépcsőn járás során. Nausea, fonofóbia és fotofóbia egyike jelen lehet. Vomitus nincs.

## Diagnózis

A gyermekkori TTF diagnosztikája az anamnézisen és a gondos klinikai/neurológiai betegvizsgálaton alapul. A TTF diagnosztikájában, a klinikai gyakorlatban a műszeres diagnosztikai vizsgálatnak nincs lényegi szerepe. A diagnosztikus tevékenység célja kettős:

- organikus (szimptomás) fejfájásformák kizárása;
- a fejfájásbetegség pontos klasszifikációja nyomán megfelelő, célzott terápia indikálása.

Csak egyes, kivételes esetekben – erre utaló anamnesztikus és klinikai jelek alapján – indikáltak a később felsorolt műszeres vizsgálatok.

## Diagnosztikus lépések egyes TTF formákban

A TTF klinikai diagnózisa a nem akut jellegű fejfájás típusos fájdalom tünettanán és a jellegzetes kísérő tüneteken alapul. Következésképp a TTF diagnózisa nem tekinthető kizárásosnak. A diagnózishoz vezető specifikus laboratóriumi vizsgálatok, ill. egyéb műszeres diagnosztikus módszerek nem állnak rendelkezésre.

A TTF diagnózisának alapja:

1. a részletekbe menő anamnézis;
2. a tünetek hossz- és keresztmetszeti elemzése betegkövetéssel;
3. részletes betegevizsgálat.

## 1. Anamnézisére vonatkozó speciális szempontok

Tájékozódni kell a családban előforduló visszatérő fejfájásról és arról, hogy a jelenleg felnőtt-, ill. időskorú családtagok gyermek- vagy serdülőkorukban szenvedtek-e visszatérő fejfájásban. A terhesség és szülés körülményei után részletes adatokat kell nyerni a probandus kisdéd- és gyermekkori pszichomotoros fejlődéséről, továbbá esetleges koponyatraumáiról, ill. kullancscsípéséről (neuroborelliosis). Tájékozódó adatok szükségesek a gyermek közösségbe való járásáról (pl. szeret-e oda járni), iskolai előmeneteléről, hozzáállásáról (pl. maximalista), szocializációjáról (iskolai konfliktusai társaival, tanáraival), pszichés helyzetéről, hangulati életéről, alvási szokásairól (pl. nehezen alszik el, gyakran felébred, esetenként éjszaka felriad, együtt alszik szüleivel), családi miliójéről (a szülők válása, a gyermekkel való kapcsolattartás, együttélés a nagyszülőkkel, kollégium), esetleges gyógyszereszedéséről (pl. analgetikum abúzus, antikoncepciensek, drog), súlyfejlődéséről (fogyás), serdüléséről, leányok esetén a menarchéről, a ciklusok rendezettségéről.

## 2. A TTF diagnózisa alapvetően a fejfájás jellegének és a kísérő tünetek leírásán alapul

Javasolt egyidejűleg hetero- és autoanamnézisre támaszkodni annak céljából, hogy a Nemzetközi Fejfájás Társaság diagnosztikus és klasszifikációs rendszere alapján (ld. alább) a diagnózist felállíthassuk a gyermekkorban. Ahhoz, hogy megfelelő pontosságú adatokat kapjunk, *fejfájásnaplár* vezetését kérjük a betegtől és a hozzátartozóktól, továbbá ismételt konzultálunk velük. A hosszú távú követéskor a fejfájásnaplóban leírtakra támaszkodunk a diagnózis pontosításában, ill. a további terápiás tervezésben.

### Epizodikus TTF diagnosztikai kritériumai

- A) Legkevesebb 10 olyan epizód, ami megfelel a B–D pontokban leírtaknak. Az ilyen jellegű fejfájásos napok száma 15nap/hónap.
- B) A fejfájás tartama 30 perc–7 nap.
- C) A fájdalom jellegére vonatkozóan legalább kettő kimutatható az alábbiak közül:
- nyomó, ill. feszítő (nem lüktető) fájdalom;
  - enyhe vagy közepes intenzitású fájdalom (azaz a fájdalom a beteg mindennapi aktivitását károsan befolyásolja, de azt nem teszi lehetetlenné);
  - bilaterális lokalizáció;
  - rutin fizikai aktivitás, pl. lépcsőn járás nem fokozza a tüneteket.
- D) A következőkből mindkettő megfigyelhető:
- nincs nausea, nincs vomitus (de anorexia jelen lehet);
  - nincs egyidejűleg fotofóbia és fonofóbia (de az egyik jelen lehet).

E) Legkevesebb egy szempont a következőkből fennáll:

- a kórtörténet, fizikális és neurológiai vizsgálat nem utal szervi eltérésre;
- amennyiben a kórtörténet, a fizikális és neurológiai vizsgálat ilyen betegségre utalt, megfelelő vizsgálatokkal kizárásra került;
- ha ilyen betegség fennáll, de a TTF indulása nincs szoros időbeli kapcsolatban a betegséggel.

### Krónikus TTF diagnosztikai kritériumai:

A) Az átlagos fejfájás-frekvencia  $\geq 15$  nap/hónap minimálisan 6 hónapos megfigyelési idő során, és a fejfájás megfelel a B–D pontokban leírtaknak.

B) Az alábbiak közül legalább kettő jellemző:

- nyomó, ill. feszítő fájdalom;
- enyhe vagy közepes intenzitású fájdalom (azaz a fájdalom a beteg mindennapi aktivitását károsan befolyásolja, de azt nem teszi lehetetlenné);
- bilaterális lokalizáció;
- rutin fizikai aktivitás, pl. lépcsőn járás nem fokozza a panaszokat.

C) A következőkből mindkettő jellemzi:

- nincs vomitus;
- az alábbiak egyike jelen van: nausea, fotofóbia, fonofóbia.

D) Legkevesebb egy szempont a következőkből fennáll:

- a kórtörténet, fizikális és neurológiai vizsgálat nem utal szervi eltérésre;
- amennyiben a kórtörténet, a fizikális és neurológiai vizsgálat ilyen betegségre utalt, megfelelő vizsgálatokkal kizárásra került;
- organikus betegség fennáll ugyan, de a TTF indulása nincs szoros időbeli kapcsolatban a betegséggel.

Megjegyzés: A diagnosztikus és klasszifikációs rendszer alkalmazása feltételezi a gyermek megfelelő verbalizációs fejlettségi szintjét, következésképp e rendszer biztonsággal az iskoláskortól alkalmazható.

### 3. Részletes betegvizsgálat

Általános gyermekgyógyászati és gyermekneurológiai vizsgálatból áll, kiegészítve szemészeti vizsgálattal (fundus, visus, látótér), esetenként fül-orr- gégészeti vizsgálattal és pszichés explorációval. Szükség szerint egyéb konziliáris bevonására sor kerül (fogorvos, szájsebész, ortopéd szakorvos, gyermekpszichiáter, pszichológus, gyermeknőgyógyász).



## Az egyes diagnosztikus eljárások alkalmazásának indikációi

**Shellong-vizsgálat:** a TTF-hez társuló, vegetatív labilitás megítélésére alkalmas (mintegy 8–10 órás szigorú fekvést követően végezzük: 10 perces állás alatt EKG-val kiegészített vérnyomás-, pulzusvizsgálati sorozat).

**Laboratóriumi vizsgálatok:** Esetenként – alapos gyanú esetén (pl. anémia, infekció) – indokolt lehet vérvétel a rutin laboratóriumi vizsgálatok céljából. Lumbálpunkció ritkán indokolt.

**EEG:** góctünetek, abnormális írásminta (különösen migrén esetén), epilepsziáspecifikus elváltozások fennállásakor indokolt.

**Polysomnographia:** obstruktív apnoe esetén.

**Allergéndiagnosztika:** csak súlyos migrén kivételes eseteiben indokolt.

**Röntgenfelvételek:** a hagyományos koponya-röntgenfelvételnek napjainkban nincs informatív szerepe a fejfájásban szenvedő betegek megítélésében. Nyaki gerinc-röntgenfelvétel és az orrmelléküreg röntgenvizsgálata csak szimptomás fejfájás konkrét gyanúja esetén tekinthető indokoltnak.

**Központi idegrendszeri képalkotó vizsgálat** (koponya CT, ill. MRI) akkor indokolt, ha dokumentálhatóan fennáll a gyanúja valamely komoly alapbetegség lehetőségének a fejfájásos tünetek hátterében.

**Gyermekkori fejfájás esetén súlyos organikus neurológiai alapbetegség lehetőségére utaló adatok** (Koponya CT-, ill. MRI-vizsgálatok indikációja fejfájásban szenvedő gyermekkori betegen.)

1. Ha a fejfájásos epizódok frekvenciája, ill. tartama egyértelműen növekszik (progresszív jelleg).
2. Ha a fejfájásos tünetek mellett változás észlelhető a kognitív funkciókban és a személyiségben.
3. Ha a fejfájásos epizód során fokális neurológiai tünetek figyelhetők meg.
4. Ha betegvizsgálatkor a fejfájós betegnél fokális neurológiai eltérések észlelhetők.
5. Hiperakutan jelentkező, igen súlyos fejfájás esetén (pl. subarachnoideális vérzés gyanúja).

## Terápia

### Epizodikus TTF:

- Egyszerűbb esetben gyógyszeres terápia nem szükséges, életvezetési tanács, pszichés támogatás elegendő.
- Kontrollált klinikai vizsgálatok szerint kevésbé egyszerű esetekben a TTF eredményesen befolyásolható acetilszalicilsavval, paracetamollal, ill. egyes, nem szteroid gyulladáscsillapítókkal. Amennyiben e szerekkel nem kellő a terápiás effektus, úgy szedatívum, ill. izomrelaxáns adása szóba jön.

Nem ajánlott specifikus migrénellenes szer adása.

**Krónikus TTF:**

- Alacsony dózisu triciklusos antidepresszáns adása javasolt függetlenül attól, hogy fennáll-e a betegnél depresszió.
- Gyakran gyógyszerrezisztens: fennáll a gyógyszer abúzus (analgetikum, szedatívum) veszélye.
- Elsősorban gyógyszer-rezisztencia esetén szóba jön a nem gyógyszeres terápia: pszicho-, fizioterápia relaxációs gyakorlatokkal, biofeed-back
- Az alternatív medicinához tartozó gyógymódok hatásosságáról nem állnak rendelkezésre kellően dokumentált adatok.

**Prognózis**

A TTF prognózisa mind rövid, mind hosszú távon jó, amennyiben a beteg időben, megfelelő kezelésben és további ellenőrzésben részesül. Így elkerülhetők a fölösleges, sikertelen terápiás próbálkozások és azok nyomán manifesztálódó pszichopatológiai tünetek, továbbá megelőzhető a krónikus fájdalomszindrómákra jellemző, sokszor gyógyszerabúzusba torkolló öngyógyszerezés.

Fennáll annak a lehetősége, hogy az epizodikus TTF több év alatt krónikus TTF-be megy át.

**Társuló betegségek**

Gyógyszer indukálta terápiaerezisztens fejfájás vagy analgetikum abúzus okozta fejfájás gyermekkorban is előfordul, sokszor nehezen ismerhető fel. Fontos, hogy analgetikumok okozta fejfájás nemcsak opiátok alkalmazásakor alakulhat ki. Gyakori kiváltó tényező lehet valamely nem szteroid gyulladáscsökkentő, ill. paracetamol. Hospitalizáció indokolt az analgetikum tervszerű megvonására. A TTF-ben szenvedő betegek egy részénél más fejfájásforma, leggyakrabban aura nélküli migrén, ill. cervicogen fejfájás jelen lehet, ennek felismerése terápiás konzekvenciával jár. Ismert továbbá a krónikus TTF társulása alacsony frusztrációs toleranciával és depresszióval.