

## LÉČBA TIKOVÝCH PORUCH

prof. MUDr. Ivana Drtílková, CSc.

Psychiatrická klinika FN Brno

Tikové poruchy začínají obvykle v dětství a přecházejí do dospělosti. Na rozdíl od *Přechodné tikové poruchy*, která v dětství spontánně vymizí, *Chronická motorická nebo vokální porucha a Kombinovaná vokální a mnohočetná tiková porucha (Touretův syndrom)* obvykle přecházejí do dospělosti, avšak asi u 50% postižených od preadolescentního období postupně dochází k ústupu tiků. Tikové poruchy zpravidla vyžadují dlouhodobou farmakologickou léčbu, která může trvat desítky let. Studie zaměřené na zkoumání efektu psychofarmak u tikových poruch nerozlišují mezi chronickou tikovou poruchou a Touretovým syndromem.

Z komorbidních poruch je nejčastěji přítomna psychopatologie z oblasti obsedantně kompulzivní poruchy (OCD) a hyperkinetické poruchy (ADHD).

### OBEČNÁ STRATEGIE LÉČBY

Přestože omezení psychické zátěže může mít příznivý vliv (na příklad časté spontánní zmírnění tiků během letních prázdnin), u závažnějších forem onemocnění bývá farmakoterapie nutná. V prvních krocích by měla být používána psychofarmaka s relativně nejmenšími nežádoucími účinky a v nižších dávkách. Dávky je třeba zvyšovat pomalu, aby bylo minimalizováno riziko sedativního působení, pro které může dojít k odmítnutí terapie.

Neuroleptika by měla být užívána kontinuálně, nepřerušovat zbytečně léčbu (po nasazení často dojde k vymizení tiků, pacienti proto někdy léčbu přerušují a po 4–8 dnech dojde k recidivě). Jestliže u těžkých forem tikového onemocnění přetrvávají drobné, diskretní tiky i při intenzivní terapii, je rozumné neusilovat o úplné vymizení dyskinéz za cenu neúměrného zvyšování dávek a výskytu nežádoucích účinků – včetně negativního vlivu na školní výkon nebo sportovní a zájmové aktivity. Je-li dítě od počátku léčeno dlouhodobě haloperidolem ve vysokých dávkách, snižuje se naděje na úspěšnost léčby při pozdějším přechodu na atypická neuroleptika, případně i na další preparáty.

| Mírné tiky                            | Střední a závažné tiky                                       | Poznámka                                                                          |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>klonazepam</b><br>(0,5–1,5 mg/den) | <b>tiaprid</b><br>(200–300 mg/den<br>– u adolescentů i více) | tiaprid – schválená indikace                                                      |
| ↓                                     | ↓                                                            |                                                                                   |
| <b>tiaprid</b><br>(100–200 mg/den)    | (kombinace)<br>tiaprid + klonazepam                          | možný mezikrok<br>před risperidonem                                               |
| ↓                                     | ↓                                                            |                                                                                   |
| <b>risperidon</b><br>(0,5–1,5 mg/den) | <b>risperidon</b><br>(1–3 mg/den)                            | efekt potvrzen v DB studiích                                                      |
| ↓                                     | ↓                                                            |                                                                                   |
| <b>klonidin</b><br>(0,1–0,3 mg/den)   | <b>klonidin</b><br>(0,1–0,3 mg/den)                          | někde dop. již v 1. linii;<br>pozor na hypotenzi;<br>nejistá snášenlivost i efekt |
|                                       | ↓                                                            |                                                                                   |
|                                       | (olanzapin)<br>(5–10 mg/den)                                 | zatím málo zkušeností<br>(O studie)                                               |
|                                       | ↓                                                            |                                                                                   |
|                                       | (ziprasidon)                                                 | zatím málo zkušeností<br>(2 DB studie)                                            |
|                                       | ↓                                                            |                                                                                   |
|                                       | <b>pimozid</b><br>(1 mg/den)                                 | ověřený efekt, DB studie, EPS!                                                    |
|                                       | ↓                                                            |                                                                                   |
|                                       | <b>haloperidol</b><br>(1–5 mg/den)                           | ověřený efekt, DB studie, EPS!                                                    |
|                                       | ↓                                                            |                                                                                   |
|                                       | fluphenazin                                                  | až u adolescentů, NÚ                                                              |

#### Legenda:

DB studie – dvojitě slepá studie

O studie – otevřená studie

EPS – extrapyramidové příznaky

**Poznámka:** Uvedené schéma bylo vypracováno podle různých odkazů dostupných v současné odborné literatuře, nelze je považovat za závazný, oficiální algoritmus, doporučení vycházejí rovněž ze zkušeností autorky. V různých zemích se liší názory na léky první linie, někde preferují neuroleptika, v jiných státech klonidin.

**TIKOVÉ PORUCHY S KOMORBIDNÍ OCD****Kombinace: neuroleptika + SSRI**

Symptomy OCD a tiky je nutné léčit samostatně, proto je doporučována kombinace neuroleptik s preparáty SSRI. Podle současných názorů SSRI ovlivňují pouze OCD symptomatologii, nikoliv tiky.

**TIKOVÉ PORUCHY S KOMORBIDNÍMI HYPERKINETICKÝMI PŘÍZNAKY (ADHD)****1. Kombinace****a) Neuroleptika + metylfenidát****b) Neuroleptika**

První možností je léčit tiky a symptomy ADHD samostatně, což znamená kombinovat neuroleptika (tiaprid, risperidon...) s metylfenidátem. Podle současných názorů bylo riziko zhoršení nebo vyvolání tiků při léčbě stimulanty v minulosti přeceňováno. Jestliže jsou v popředí spíše poruchy chování a hyperkinetická symptomatologie je méně nápadná, je možné očekávat spolehlivější efekt od samotných neuroleptik.

**2. Klonidin**

Druhou možností je využít preparáty, u kterých byl popsán příznivý vliv jak u tikových, tak u hyperkinetických poruch. K těmto preparátům patří především alfa2 adrenergní agonisté – u nás je v současné době registrován pouze klonidin. (Podle některých názorů může být pro zvýšení efektu klonidin také kombinován se stimulanty, podle jiných názorů se tato kombinace nedoporučuje, protože zatěžuje kardiovaskulární systém.)

**3. TCA (+ neuroleptika)**

Ve starší literatuře byla v této indikaci často využívána tricyklická antidepresiva (TCA), na příklad imipramin nebo nortriptylin. Jejich efekt však byl obvykle výraznější u hyperkinetické symptomatologie než u tikových poruch, a proto byla často nutná také kombinace s neuroleptiky. Vzhledem k riziku kardiotoxického působení je v současné době při léčbě TCA doporučováno monitorovat EKG. V pedopsychiatrické literatuře je za zvláště rizikový považován desipramin.

**Cave BZD (klonazepam)**

U tiků s ADHD by neměly být používány benzodiazepiny (klonazepam), po kterých se může objevit zhoršení hyperaktivity a dez-inhibované chování.

**Literatura**

1. Bruggeman R, van der Linden C. Risperidone versus pimozide in Tourette disorder: a comparative double-blind parallel group study. J. Clin. Psychiatry 2001; 62 (1): 50–56.
2. Drtilková I, Balaščíková B. Tiaprid, clonazepam a clonidin u dětí s tikovou a komorbidní hyperkinetickou poruchou. ČS Psychiatrie 1997; suppl 3: 54–78.
3. Gaffney G, Perry P, Lund B. Risperidone versus clonidine in the treatment of children and adolescents with Tourettes syndrome. J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry 2002; 41 (3): 330–336.
4. Goetz CG. Clonidine and clonazepam in Tourette syndrome 1992; Adv Neurol 58: 245–251.
5. Lombroso PJ, Seahill L. Risperidone treatment of children and adolescents with chronic tic disorders. J Am Acad Child Adol Psychiatry 1996; 35 (7): 839–840.
6. Onofrj M, Paci C. Olanzapine in severe Gilles de la Tourette syndrome: a 52 week double-blind cross-over study vs. low-dose pimozide. J Neurol 2000; 247(6): 443–.
7. Robertson MM, Stern JS. Gilles de la Tourette syndrome: symptomatic treatment based on evidence. Eur Child Adolesc Psychiatry 2000; 9: 160–175.
8. Salle FR, Kurlan MD. Ziprasidone treatment of children and adolescents with Tourettes syndrome: a pilot study. J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry 2000; 39(3): 292–298.
9. Scahill L, Riddle MA. Fluoxetine has no marked effect on tic symptoms in patients with Tourettes syndrome: a double-blind placebo-controlled study. J Child Adol Psychopharmacology 1997; 7(2): 75–85.