

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).

OBECNÁ 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 odmítání 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 dyskinez 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
klonazepam (0,5–1,5 mg/den)	tiaprid (200–300 mg/den – u adolescentů i více)	tiaprid – schválená indikace
↓	↓	
tiaprid (100–200 mg/den)	(kombinace) tiaprid + klonazepam	možný mezikrok před risperidonem
↓	↓	
risperidon (0,5–1,5 mg/den)	risperidon (1–3 mg/den)	efekt potvrzen v DB studiích
↓	↓	
klonidin (0,1–0,3 mg/den)	klonidin (0,1–0,3 mg/den)	někde dop. již v 1. linii; pozor na hypotenzi; nejistá snášenlivost i efekt
	↓	
	(olanzapin) (5–10 mg/den)	zatím málo zkušeností (O studie)
	↓	
	(ziprasidon)	zatím málo zkušeností (2 DB studie)
	↓	
	pimozid (1 mg/den)	ověřený efekt, DB studie, EPS!
	↓	
	haloperidol (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. Lomboroso PJ, Scahill L. Risperidone treatment of children and adolescents with chronic tic disorders. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 1996; 35 (7): 839–840.
6. Onofrij 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.