proLékaře.cz | 22.11.2026

Je třeba léčit motorické tiky

ANO

Tiky jsou nejčastějším mimovolným pohybem u dětí. Až 1/5 studentů ZŠ má motorické tiky, které jsou většinou přechodné, a není třeba je léčit. Část těchto tiků přechází do chronicity, u části se jedná o počátek Touretteova syndromu (TS). Tento syndrom je charakterizován vícečetnými motorickými a alespoň jedním vokálním tikem v délce trvání alespoň 1 rok a začátkem před 18. rokem života, ovšem typický nástup je mezi 5. a 8. rokem [1]. Prevalence TS je 1–10/10 000, častěji jsou postiženi muži, asociace s obsedantně kompulzivní poruchou (OCD) a/nebo ADHD je ve 40–70 %. Až 15 % tiků je extrémně těžkých [2]. Zejména pacienti se současnou ADHD mají nižší schopnost potlačit tiky. Průběh nemoci je fluktuující i bez terapie, maximum symptomů bývá mezi 10. a 12. rokem života a zatímco část pacientů zaznamená kompletní remisi, 5–20 % nemocných zažívá trvalé potíže nebo zhoršování tiků v průběhu dalšího života [1]. Kontinuální tiky, které nemohou být vůlí potlačeny na více než několik sekund nebo představují riziko pro pacienta a/nebo interferují s jeho sociálními aktivitami (např. nemožností vyjít na veřejnost), nazýváme tikový status. Ten je vždy nutné léčit. Tiky mohou být příčinou akutního neurologického onemocnění, v literatuře byly popsány komprese míchy, nervových pletení nebo periferních nervů [1,2].

Huasen et al popisují kazuistiku 19leté dívky s těžkými dystonickými tiky charakteru retroflexe, u které v průběhu 3 týdnů nastala slabost končetin, porucha čití a imperativní močení, neurologické vyšetření a MR C míchy prokázalo cervikální myelopatii [3]. Urgentně byla pro léčbu TS provedena hluboká mozková stimulace vnitřního pallida (DBS GPi) a došlo k dlouhodobému zlepšení tiků i symptomů cervikální myelopatie. V našem centru pro abnormální pohyby a parkinsonizmus jsme řešili těžký tikový stav mladého pacienta s podobným charakterem motorických tiků (retroflexe) a komplexními vokálními tiky pomocí pravidelných aplikací botulotoxinu do šíjových svalů. Terapie byla překvapivě provázena nejen snížením tíže a frekvence motorických tiků, ale i potlačením nutkání a urgence provádět vokální tiky.

Farmakoterapie tiků je umění a záleží jak na zkušenosti lékaře, tak i na interakci mezi lékařem a pacientem. Používané léky mají celou řadu nežádoucích účinků a často nejsou dobře tolerovány, to platí zejména pro antipsychotika. Chybí dlouhodobé kontrolované a face-to-face studie, terapii komplikuje i celá řada možných komorbidit (OCD, ADHD, deprese, anxieta, sebepoškozování). Farmakoterapii je třeba přísně individualizovat, pacienta a v případě dětského pacienta také rodiče dobře poučit, důkladně posoudit riziko nežádoucích efektů léků a jejich přínos [1,4]. Z antipsychotik se nejčastěji používají risperidon, ziprasidon, fluphenazin a aripiprazol, v těžkých případech je nutné sáhnout i k haloperidolu. Další lékovou třídou jsou alfa-2 adrenergní agonisté (clonidin, guanfacin), účinné zejména u dětských pacientů s přítomnou ADHD. Z antiepileptik je prokazován efekt topiramátu, levetiracetamu a klonazepamu. Tetrabenazin (presynaptický depletor dopaminu, u TS off-label indikace) je vhodnou volbou u pacientů s těžkými tiky bez deprese [5]. U dystonických tiků (zejména obličejových, šíjových) lze s úspěchem aplikovat botulotoxin, u nás se ovšem jedná opět o off-label indikaci. Ideálně je součástí léčby behaviorální terapie (popisována detailněji druhým debatérem), ve správně indikovaných případech lze zvolit DBS (mimo GPi existují další cíle – např. centromediální parafascikulární jádra thalamu). V roce 2015 byla publikována nová doporučení pro výběr vhodného kandidáta této terapie [6].

Dle Jankovicova terapeutického algoritmu je první volbou pro léčbu mírnějších tiků guanfacin, topiramát, levetiracetam nebo behaviorální terapie [5]. U těžších tiků doporučuje tetrabenazin a botulotoxin. Druhou volbou jsou antipsychotika, klonazepam, behaviorální terapie. Třetí volbou DBS. Léčba je modifikována v případě přítomnosti komorbidit (OCD/ADHD).

Je nutné zdůraznit, že tiky mohou být vzácně symptomem jiného závažného a často léčitelného onemocnění, např. Wilsonovy nemoci [7] nebo antifosfolipidového syndromu [8].

✉
prof. MUDr. Irena Rektorová, Ph.D.
1. neurologická klinika
LF MU a FN u sv. Anny

Závěrem lze shrnout, že motorické tiky je třeba léčit v případě, že:

- interferují s pracovními nebo sociálními aktivitami,
- představují zdravotní riziko pro pacienta,
- jedná se o tikový status.

U TS se často vyskytují komorbidity, které je také třeba diagnostikovat a léčit. Farmakoterapie tiků nemusí být trvalá. Léčíme jen v době akcentace potíží, po dobu, kdy to vyžaduje tíže symptomů a s ní související hendikep nebo možné zdravotní riziko pro pacienta.

Literatura

1. Gunduz A, Okun MS. A review and update on Tourette syndrome: where is the field headed? Curr Neurol Neurosci Rep 2016;16(4):37.
2. Sambrani T, Jakubovski E, Müller-Vahl KR. New insights into clinical characteristics of Gilles de la Tourette Syndrome: findings in 1,032 patients from a Single German Center. Front Neurosci 2016;10:415.
3. Huasen B, McCreary R, Evans J, et al. Cervical myelopathy secondary to Tourette's syndrome managed by urgent deep brain stimulation. Mov Disord 2014;29(4):452–3.
4. Roessner V, Schoenefeld K, Buse J, et al. Pharmacological treatment of tic disorders and Tourette syndrome. Neuropharmacology 2013;68:143–9.
5. Jankovic J. Therapeutic developments for tics and myoclonus. Mov Disord 2015;30(11):1566–73.
6. Schrock LE, Mink JW, Woods DW, et al. Tourette Syndrome Association International Deep Brain Stimulation (DBS) Database and Registry Study Group. Tourette syndrome deep brain stimulation: a review and updated recommendations. Mov Disord 2015;30(4):448–71.
7. Drohobecká O, Baláž M, Rektorová I. Akutní neuropsychiatrické symptomy Wilsonovy nemoci, léčba a problematika non-compliance: kazuistika mladého pacienta. Neurol Praxi 2012;13(3):135–9.
8. Martino D, Chew NK, Mir P, et al. Atypical movement disorders in antiphospholipid syndrome. Mov Disord 2006;21(7):944–9.