

# TICURILE

## *Tics*

**Dr. Andrei Zamfirescu**

*Clinica de Pediatrie și Neurologie pediatrică, Spitalul Clinic de copii „Dr. Victor Gomoiu“, București*

### REZUMAT

Tulburare motorie de natură nevrotică, ticurile reprezintă din punct de vedere clinic o mișcare bruscă, convulsivă, clonică sau tonică, survenind la intervale și cu intensități variabile și părand să reproducă, în mod deformat, un act motor obișnuit de tip involuntar sau voluntar.

Caracterul brusc, convulsiv, al mișcării, care pare să transforme un gest reflex într-o „caricatură“ a lui (Charcot), deosebește ticul de stereotipiile motorii care constau în reproducerea ilogică, dar fidelă, a unor variate acte motorii (gesturi ca „scărpinatul“ sau „onico-fagia“, deprinderi verbale); stereotipiile motorii sunt greșit denumite de unii autori „ticuri de obișnuință“.

În lucrare sunt prezentate manifestările clinice, diagnosticul diferențial, etiopatogenia, tratamentul ticurilor.

**Cuvinte cheie:** ticurile, semne clinice, etiopatogenie, tratament, copil

### ABSTRACT

After presenting the main characteristics of tics, the authors are evaluating the etiopatogeny, considering their psychogenic or somatogenic nature. Tics may not be considered exclusively nevrotic and for each case we must establish how much of the clinical signs can be determined by the psychogenic factors.

Finally the authors are discussing about preventing and treatment of tics.

**Key words:** tics, clinical signs, etiopatogeny, treatment; child

### DATE GENERALE: DEFINIȚIE, MANIFESTĂRI CLINICE, DIAGNOSTIC POZITIV, DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Ticul reprezintă din punct de vedere clinic o mișcare bruscă, convulsivă, clonică sau tonică, survenind la intervale și cu intensitate variabile și părand să reproducă în mod deformat un act motor obișnuit de tip involuntar sau voluntar. Ticul este precedat de resimțirea unei necesități imperioase, ilogice, de efectuare a mișcării, realizarea fiind urmată de o senzație de destindere psihică.

Deoarece grupul muscular interesat în contracție corespunde unei sistematizări funcționale, ticul se încadrează în patologia actului motor și nu al mișcărilor elementare. Caracterul brusc, convulsiv al mișcării de tic, care pare să transforme un gest reflex într-o caricatură a lui (Charcot), deosebește ticul de stereotipiile motorii care constau

în reproducerea ilogică, dar fidelă, a unor variate acte motorii (gesturi ca „scărpinatul“ sau „onico-fagia“, deprinderi verbale); stereotipiile motorii sunt greșit denumite de unii autori „ticuri de obișnuință“.

Ticul este considerat ca un fenomen psiho-motor din cauza următoarelor caracteristici:

- conștiența efectuării iminente a mișcării, resimțită ca imperios necesară de către bolnav;
- conștiența concomitentă atât a lipsei totale de justificare a actului, cât și a faptului că efectuarea lui îl pune pe bolnav într-o situație de inferioritate;
- posibilitatea inhibiției voluntare a ticului, pentru un timp limitat, însoțită de o stare penibilă de tensiune psihică, de o neliniște crescândă, care cedează locul unei stări de destindere, când după încetarea inhibiției voluntare, mișcarea se realizează într-o formă paroxistică

Adresă de corespondență:

Dr. Andrei Zamfirescu, Spitalul Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu“, Bulevardul Basarabia Nr. 21, Sector 2, București

Toate aceste elemente conferă ticului caracterul unui act compulsiv.

Pentru a împiedica apariția ticului, bolnavul folosește deseori diverse atitudini sau stratageme antagoniste. Neguès (citată de Lemièrre, 1949) descrie ca exemplu cazul unui pacient care își lipea brațul stâng contractat de-a lungul corpului, împiedicând prin aceasta un tic de ridicare a umărului.

Ritmul și intensitatea ticului sunt variabile. Absent în timpul somnului, ticul apare rar dimineața când bolnavul este odihnit; liniștea, obscuritatea, izolarea bolnavului de mediul său obișnuit, diminuează frecvența și intensitatea ticului. Obosala, emoțiile, ambianța obișnuită (de obicei cea familială), discuțiile cu privire la boală, faptul că bolnavul se simte observat, accentuează ticul. Deseori, cauza agravării sau ameliorării nu poate fi sesizată.

Prezența ticului nu tulbură executarea mișcărilor voluntare. Astfel, pacienții cu ticuri ale membrului superior drept pot scrie normal, pot cânta la pian, pot face scrimă. În rare cazuri, când ticul nu este complet inhibat de mișcarea voluntară, pacientul se oprește o fracțiune de timp din executarea ei și o reia după realizarea ticului.

Ticul poate fi uni- sau bilateral. El se localizează cel mai frecvent la față, cel mai des întâlnit fiind ticul pleoapelor, de obicei bilateral. Acesta poate consta din clipiri rapide sau contracții tonice prelungite ale pleoapelor, alteori din mișcări de deschidere excesive ale fantei palpebrale.

Urmează ca frecvență ticul buzelor, ce constă din mișcări de tipul suptului, grimase etc.

Ticul nasului se poate manifesta prin mișcări asemănătoare adulmecării, încreșirea nasului etc.

Ticul combină uneori mai multe mișcări ale musculaturii feței. Se mai descriu: ticul limbii (mișcări de proiecție anterioară sau laterală) și ticul mușchilor masticatori.

Ticurile gâtului constau în mișcări care schițează gestul de afirmare, negare sau salutare. O serie de alte inflexiuni ale gâtului se apropie prin caracterul lor de torticolisul clonic.

Ticurile trunchiului pot consta din mișcări asemănătoare salutului, balansului etc.

Ticurile membrilor superioare cuprind mișcări de ridicare, de lovire a brațelor; unele mișcări, executate în special în segmentul distal al membrului, au mai mult caracterul de stereotipie decât de mișcare convulsivă (scărpinat, onicoelazie, tricoelastie, tricoelastie, tricotilomanie).

Ticurile membrilor inferioare pot cuprinde loviri sau zvâcniri bruște ale picioarelor, în timpul mersului, genuflexiuni, opriri bruște din mers, schimbări de pas etc.

Se descriu, de asemenea, ticuri respiratorii (oftat, sforăit, strănutat), ticuri denumite viscerale (de deglutiție, de eructație, de vomă, de scuipat), ticuri fonatorii (emitere bruscă a unor sunete nearticulate, lătrat etc.) și ticuri verbale (în sensul izbucnirii bruște a unor sunete articulate, silabe, uneori cuvinte cu caracter obscen – coprolalie).

Ticul prezentat de un bolnav poate fi asimetric sau simetric, identic (reproducerea unei singure mișcări) sau variabil (tic mobil, întâlnit în special la copii).

Din punctul de vedere al evoluției, ticul poate fi limitat sau extensiv, întinderea maximă fiind reprezentată de „boala ticurilor“, cu o serie de caractere esențiale pe care le rezumăm după descrierea clasică a lui Gilles de la Tourette. Boala ticurilor apare la copiii cu ereditate nevropată, în jurul vârstei de 7-8 ani, debutând prin ticuri limitate la musculatura feței; treptat, ele se extind și la membrele superioare, trunchi, membrele inferioare, mișcările căpătând un caracter spasmodic, foarte accentuate în momentele de paroxism, care alternează cu perioade de acalmie. La un moment dat, se adaugă ecolalia și coprolalia, tulburări psihice – obsesii, deliruri trecătoare, instalându-se în cele din urmă o stare de demență.

Ticurile apar, în general, în jurul vârstei de 6-8 ani (excepțional la copiii mai mici); sunt cazuri în care ele apar la vârsta adultă și chiar la bătrâni. Ele sunt precedate uneori de hiperalgezie sau mialgii în regiunea respectivă.

De obicei, examenul obiectiv la pacienții cu ticuri nu pune în evidență semne ale unor leziuni ale sistemului nervos central (SNC). Se observă uneori o exagerare a sensibilității, o hiperreflectivitate generală, tulburări vasomotorii și secretorii. Caracteristic pentru numeroși bolnavi ar fi prezența „sindromului de debilitate motorie“ descris de Dupré, constând în instabilitate motorie, caracter exagerat al mișcărilor și al sincineziilor fiziologice, imperfecțiunea mișcărilor alternative, existența unei atitudini catatonice evidențiate prin fenomenul „căderii brațului“, tendința de repetare a mișcării imprimată pasiv (ecochinezic) sau a mișcărilor executate în fața bolnavului (ecomimie), neîndemânarea în executarea unor acte motorii mai complexe. Acest sindrom ar fi determinat de o insuficiență a funcțiilor de inhibiție a mișcărilor. Pentru determinarea sistematică a întârzierii dezvoltării motorii sunt foarte utile testele motorii stabilite de Oseretzky pentru diferite vârste (1931).

Starea psihică a pacienților cu ticuri se caracterizează deseori printr-un oarecare grad de dezchilibru; pacienții sunt instabili, au atenția redusă,

voință slabă, „doresc prea mult sau prea puțin“, prea repede sau pentru prea puțin timp (Meige H, 1922); emotivitatea este exagerată, dar nesuștinută, afectivitatea capricioasă, comportamentul nestăpânit, prezintă excentricități. Înainte de apariția ticului sau urmând acestuia, apar uneori fenomene obsesive și fobii.

Sunt citate cazuri în care ticul însoțește semnele obiective ale suferinței SNC. S-a descris astfel un tic al extremității cefalice însoțit de semne electroencefalografice (EEG) de epilepsie, ce s-a remis prin tratament anticonvulsivant (Schächter M., 1950), manifestări motorii de tipul ticului la începutul și spre finele evoluției encefalitei letargice, în sindroamele postencefalitice (Seeman M., 1951).

Prezența ticurilor și a stereotipiilor este frecventă la oligofreni.

În literatură se cunosc numai 3 cazuri anatomo-patologice ale SNC la pacienții cu ticuri, în toate cazurile fiind vorba de „boala ticurilor Gilles de la Tourette“. În primul caz (R. Bing, citat de Balthasar K, 1937), sunt relatate doar datele examenului macroscopic, la care s-au găsit semnele unor sechele de meningită. În al doilea caz (Dewulf și van Bogaert, citați de Balthasar K, 1937), în care s-a efectuat și examenul microscopic, nu s-au constatat modificări histopatologice. În cazul al treilea (Balthasar K, 1937) s-au descris: sechele discrete de meningoencefalită cu infiltrații gliale de mică întindere în straturile superficiale ale cortexului cerebral, în scoarța cerebelului și în nucleii dinți ai acestuia, mici cicatrici gliale în talamusul ventro-median și noduli gliali în formația reticulată a trunchiului cerebral și, pe de altă parte, o reducere a dimensiunilor striatului, cu o creștere însemnată a densității celulelor mici pe unitatea de suprafață, în putamen și caudat, comparativ cu striatul normal, creștere care ar apropia structura striatului acestui pacient cu cea a striatului unui copil în vârstă de un an.

Diagnosticul diferențial al ticului se face cu:

- Coreea Sydenham, în care mișcările sunt necoordonate, au un aspect foarte variat, sunt lipsite de caracterul convulsiv, nu sunt influențate de voință etc.
- Coreea Huntington, în care apare evident caracterul ereditar, debutul tardiv, absența coprolaliei și ecolaliei etc.
- Torticolisul spasmodi – formă localizată a distoniei de torsiune – care se deosebește de ticurile regiunii gâtului prin lipsa caracterului de act compulsiv și imposibilitatea inhibiției voluntare.

- Ticul dureros al feței, care reprezintă o reacție motorie reflexă la durere. Nevralgia de trigemen, hiperestezia cutanată, roșeața feței, lăcrimarea, salivația, transpirația, existența unui proces inflamator de vecinătate (cavitatea bucală, nas, sinusuri, ureche) sunt caracteristice.
- Spasmul facial – apare în crize, contracțiile încep în fibrele orbicularului și se întind din aproape în aproape, determinând în momentul culminant o contracție tetaniformă, care cedează apoi treptat. Este limitat la un teritoriu anatomic și neinfluențat de voință; nu cedează totdeauna în somn.
- Forma parcellară a epilepsiei jacksoniene, în care criza convulsivă, limitată la un grup de mușchi, nu reproduce schița unor mișcări obișnuite.
- Miocloniile – sunt contracții localizate sau generalizate involuntare, bruște, asemănătoare celor provocate prin excitație electrică, pot avea un ritm regulat sau neregulat.
- Ticul isteric. Apare brusc după o emoție puternică, are uneori un ritm regulat, dispare totdeauna prin sugestie.
- Stereotipiile – care reprezintă o reproducere fidelă, suplă, a unui act motor obișnuit.

## ETIOPATOGENIA TICURILOR

Inițial, ticurile au fost considerate exclusiv ca manifestări nevrotice. Odată cu descrierea sindroamelor striate, ticurile au început să fie privite ca expresia unor leziuni cerebrale discrete în special striate.

Posibilitatea efectuării examenului anatomo-patologic al creierului bolnavilor cu ticuri este extrem de redusă, decesul unor asemenea pacienți într-un serviciu de specialitate fiind excepțional. Până în prezent, se cunosc doar 2 observații anatomo-clinice sistematice, ambele în cazuri de boala ticurilor, într-un caz constatându-se anomalii de dezvoltare și leziuni histomorfologice cerebrale, în celălalt rezultatul examenului fiind negativ. Nu se pot trage deci concluzii general valabile.

Datele experimentale privind manifestările motorii nevrotice sunt foarte puține (Apter, 1957) și până în prezent nu au furnizat rezultate concludente.

Negarea caracterului nevrotic al ticurilor, considerarea lor ca expresie a unor leziuni cerebrale consecutive acțiunii unor factori somatogeni se bazează mai ales pe următoarele argumente:

- apariția unor tulburări motorii de tipul ticurilor la debutul, în cursul și la finele encefalitei letargice von Economo și în unele sindroame postencefalitice;
- asocierea – descrisă în literatură – a ticurilor ca fenomene de hipertonie de tip extrapiramidal, chiar atunci când episodul encefalitic nu poate fi descoperit din datele anamnestice;
- cazuri sporadice, descrise în literatură, în care ticurile coexistă cu semnele obiective ale unei injurii encefalice cu altă localizare decât cea striată, de exemplu asocierea ticurilor cu fenomene bioelectrice de tip convulsiv (Schächter M, 1950);
- boala ticurilor, în care progresia tulburărilor motorii și demența finală, foarte frecventă, impun ideea unei grave suferințe cerebrale;
- frecvența mare a ticurilor la oligofreni și la cei cu paralizie cerebrală, deci în cazuri cu o alterare difuză, congenitală sau câștigată a structurii cerebrale.

Afirmarea naturii nevrotice a ticurilor se sprijină mai ales pe următoarele argumente:

- posibilitatea dispariției complete a ticurilor în cazul schimbării ambiantei obișnuite a pacientului;
- posibilitatea corelării, în unele cazuri, a momentului apariției ticurilor cu supunerea individului la acțiunea unor factori psihogenici intenși;
- caracterul compulsiv al ticului;
- posibilitatea inhibării temporare a ticului, printr-un efort voluntar în afara oricărei strategeme motorii antagoniste;
- imposibilitatea descoperirii în numeroase cazuri a semnelor neurologice caracteristice unor leziuni nervoase precis localizate.

Adepii ipotezei naturii nevrotice a ticurilor consideră leziunile histomorfologice evidente, localizate sau difuze, descrise în unele cazuri numai ca factori favorizanți ai apariției tulburărilor nevrotice.

Autorii francezi – în special – au insistat asupra unor particularități funcționale cerebrale întâlnite extrem de frecvent la bolnavii prezentând ticuri, anume, instabilitatea psihică generală și sindromul de debilitate motorie.

Din punct de vedere fiziologic, se poate considera că aceste particularități au la bază un caracter exploziv dar nesuștinut al proceselor de excitație și a „slăbiciunii” proceselor de inhibiție activă (exteriorizate în domeniul motor, de exemplu, prin tendința la ecomimie, ecochinezie). Asemenea particularități funcționale trebuie să aibă un corespondent structural.

Se poate presupune că mecanismele de producere a ticurilor invocate mai sus se pot dezvolta, de obicei, numai pe fondul unor asemenea particularități cerebrale morfo-funcționale predispozante. Asemenea particularități pot fi congenitale sau dobândite sub acțiunea unor factori somatogeni. În acest sens, se poate lua în discuție rolul favorizant al factorilor somatogeni în producerea ticurilor și se poate explica frecvența mai mare a ticurilor la oligofreni și în sindroamele postencefalitice.

Rămân și cazuri în care factorul somatogen poate fi considerat că intervine direct în producerea unor tulburări motorii de tipul ticurilor (este cazul ticurilor din encefalita letargică von Economo, de exemplu).

În concluzie – pe baza datelor de care se dispune în prezent – cea mai corectă atitudine în problema etio-patogeniei ticurilor este aceea de a nu le considera în majoritatea cazurilor fenomene de natură pur nevrotică sau pur somatogenă, ci aceea de a presupune intervenția predispozantă a unor particularități morfofuncționale cerebrale congenitale sau câștigate. În prezența fiecărui caz în parte trebuie să se pună problema stabilirii gradului în care factorii somatogeni și psihogeni favorizează sau determină apariția ticului (Unghar F., Volanschi D., 1959).

## TRATAMENTUL TICURILOR

În cazul în care se consideră că factorul somatogen joacă doar rolul favorizant, cele mai bune rezultate se obțin prin izolarea pacienților de mediul lor obișnuit, spitalizarea în condiții de liniște, administrarea unor medicamente sedative și chiar prin somnoterapie (somm medicamentosa prelungită intermitent), tratament care realizează condițiile optime de repaus cerebral și de desfășurare ulterioară normală a dinamicii nervoase.

Reeducarea psihomotorie are un rol important în tratamentul ticurilor, cu atât mai mult cu cât izolarea bolnavului de mediul său obișnuit nu poate fi permanentă și efectul pozitiv al izolării, spitalizării și somnoterapiei poate înceta atunci când bolnavul se reîntoarce la vechile condiții de mediu.

Metoda de reeducare propusă de Brissaud constă în antrenarea procesului de inhibiție motorie activă corticală, prin exerciții sistematice de imobilizare motorie, adresându-se mișcării de tic – durata imobilizării crescând progresiv – și din exerciții de regularizare a actului motor reprezentat de tic, în sensul reproducerii sub control voluntar a unei mișcări coordonate de aspect perfect normal.

Psihoterapia rațională are rolul reeducării voinei bolnavului.

Metodele folosite pentru înlăturarea tulburărilor motorii pitiatică, sugestia exercitată sau nu de hipnoză nu au nici un efect.

Tratamentul hidroterapic, tratamentul local prin masaj etc., au o valoare cu totul secundară.

În cazurile în care factorul somatogen se situează pe primul plan și în care ticurile constituie un element secundar al tabloului clinic (oligo-frenic, schizofrenic, sindrom postencefalic, pseudonevrotic etc.) tratamentul ticurilor capătă o importanță secundară și are, de altfel, efecte foarte reduse.

## BIBLIOGRAFIE

4. **Apter IM** – Naucinaia Konferenția po vopa experim patofiziologii i terapii virș nervn deiat jivoim, Tezisi, Moscova, 1957, p.7
5. **Balthasar K** – *Arch f Psychiatr u Z f gen Neurol*, 1957, t. 195, p. 531
6. **Barré JA** – *Paris méd*, 1924. t. 72, p. 206
7. **Bumke D, Foerster O** – *Handbuch der Neurologie*, Berlin, Ed. Springer, 1935
8. **Dubarry J** – *Rev Neurol (Paris)*, 1953, t. 88, p. 140
9. **Dure LS 4th, De Wolfe I** – Treatment of tics. *Adv Neurol*, 2006, 99, 191-196
10. **Karlin WI** – *JAMA*, 1950, t 143, p 732
11. **Leckman JF, Bloch MH, King LA et al** – Phenomenology of tics and natureal history of tic disorder. *Adv Neurol*, 2006, 99, 1-16
12. **Lemière A** – *Traité de médecine*, vol XVI, Paris, Ed Masson, 1949
13. **Meige H** – *Rev Neurol (Paris)*, 1922, nr. 2, p. 292
14. **Oseretzky N** – *Psychomotorik Methoden für Untersuchung der Motorik*, Leipzig, Ed Johann Ambrosius Barth, 1931
15. **Robertson MM** – Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment. *Brain*, 2000, 123/3, 425-462
16. **Schächter M** – *Rev Neurol (Paris)*, 1950 t. 83, p. 673
17. **Seeman M** – *Presse Méd*, 1951, t. 59, p. 164
18. **Thomas A, Mme Long-Landoy** – *Rev Neurol (Paris)*, 1922, nr.2, p. 288
19. **Ungher J, Volansch D** – Tulburările motorii de natură nevrotică: Ticurile – Culegere de studii și monografii de neurologie, vol I, p. 259-306, Ed. Academiei, 1959